

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANA CRISTINA DOS SANTOS

**CUSTO COM ASSISTÊNCIA DE PACIENTES INTERNADOS EM  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE  
NÍVEL TERCIÁRIO, DISTRITO FEDERAL, 2008.**

BRASÍLIA  
2009

ANA CRISTINA DOS SANTOS

**CUSTO COM ASSISTÊNCIA DE PACIENTES INTERNADOS EM  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE  
NÍVEL TERCIÁRIO, DISTRITO FEDERAL, 2008**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, com vistas à obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

BRASÍLIA  
2009

ANA CRISTINA DOS SANTOS

**CUSTO COM ASSISTÊNCIA DE PACIENTES INTERNADOS EM  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE  
NÍVEL TERCIÁRIO, DISTRITO FEDERAL, 2008**

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro  
Universidade de Brasília  
**- Presidente -**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Cristina Soares Rodrigues  
Universidade de Brasília  
**Examinador**

Prof<sup>a</sup> Dra. Maria de Fátima Rodrigues  
Fundação Universidade de Rio Verde – GO  
**Examinador**

Prof. Dra. Solange Baraldi  
Universidade de Brasília  
**Suplente**

Brasília, 03 de julho de 2009

Santos, Ana Cristina.

.. Custo com Assistência de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público de Nível Terciário, Distrito Federal, 2008/. Ana Cristina Santos. Brasília: 2009.

97 p.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde, 2009.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

1. Custos. 2. Epidemiologia. 3. UTI. 4. Economia em Saúde I. Título.

CDU 616.61-008.64

## DEDICATÓRIA

Aos seres humanos que por causa do infortúnio estão internadas nas UTI's e ainda as suas famílias que vivenciam toda a angústia da internação dos seus entes queridos.

Às pessoas que buscam contribuir com a qualidade da assistência aos pacientes críticos, que muitas vezes deixam de cuidar de si próprio para dar atenção aos pacientes gravemente enfermos.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pela oportunidade dada e que o conhecimento adquirido seja utilizado em prol do próximo.

Ao Professor Doutor Pedro Sadi Monteiro pelo conhecimento, postura e confiança oferecidos.

À uma mãe (sempre desempenhou o papel de mãe e pai) que me criou com todas as dificuldades desde criança até a vida adulta, que nos momentos de desalentos nunca deixou de acreditar no meu potencial.

À Enfermeira Elzijanesmarte pelo grande incentivo, pela amizade sincera e respeito.

À Enfermeira Márcia Pereira que me ensinou a postura do enfermeiro.

À Enfermeira Rita Minetto pelas dicas e orientações oportunas.

À Enfermeira Yara e as secretarias da UTI pela motivação.

À um grande amigo Maurício que contribuiu na revisão.

Ao Enfermeiro Inaba que tanto me ajudou na elaboração estrutural do trabalho e aos demais colegas que de forma direta e indireta sempre depositaram confiança e respeito à profissão

À Grande e fabulosa equipe de enfermagem, médica, de fisioterapia e apoio do Hospital de Base que tanto vem desempenhado seu trabalho procurando excelência no cuidar mas que muitas vezes depende de outras instâncias superiores.

A ciência nunca resolve um problema sem  
criar pelo menos outros dez.

*Bernard Shaw*

## RESUMO

**Introdução:** Este estudo teve como objetivo analisar os custos diretos com assistência de pacientes em unidades de terapia intensiva (UTI), no Hospital de Base do Distrito Federal, em 2008 e verificar taxa de permanência dos pacientes de acordo com diagnóstico e motivos de saída. Estimar custos com assistência prestada pelas equipes de enfermagem, médica, nutrição e fisioterapia com intuito de viabilizar a economia em saúde. **Método:** Empregou-se um estudo do tipo descritivo transversal que avaliou os prontuários de pacientes internados em unidades de terapia intensiva no período de 01/10 à 31/12/2008, envolvendo uma amostra de 177 prontuários. Na análise dos dados utilizou-se o Programa Estatístico SPSS 17. **Resultados:** a média de internação nas unidades variou entre 4, 8 e 11 dias. Com respeito à saída, a alta por melhora teve maior frequência de 123 (100%) dos prontuários, com destaque para a Pediatria que apresentou 52 (42,2%), seguido da Coronária 44 (35,7%), Trauma 24 (19,5%) e Geral 3 (2,4%). Os gastos com assistência de todas as unidades foram de R\$ 916.572,02; os gastos por paciente foram de R\$ 5.178,30. A unidade Pediátrica teve o maior gasto R\$ 368.137,02; seguida pela unidade Trauma com R\$ 212.318,58; e respectivamente Coronariana e Geral com R\$ 165.129,12 e R\$ 163.296,14. Os Custos com recursos humanos em terapia intensiva são mais onerosos na assistência ao paciente crítico chegando a 87% dos gastos. Os custos com diárias dos pacientes são superiores ao que é pago pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para UTI de nível terciário, ou seja, R\$ 737,98. **Conclusões:** O custo de diária pago pelo SUS não cobre os gastos da assistência. O maior contingente de servidores é de auxiliar de enfermagem e a unidade com maior contingente foi a Pediatria. O maior salário foi da categoria dos médicos, apesar de apresentar número menor do que os auxiliares de enfermagem. Os maiores custos são com os salários dos servidores. Identificou-se que o maior tempo de internação dos pacientes foi na unidade Geral, seguido do Trauma, Pediatria e Coronária; quanto ao quadro nosológico o Traumatismo foi a que mais permaneceram em dias de internação.

**Palavras-chaves:** Custos; UTI, Cuidados intensivos.



## ABSTRACT

**Introduction:** This study had as objective to evaluate costs with the internment of patients in units of intensive therapy, in the Hospital of Base of the Federal District in 2008, to verify tax of permanence of the patients in accordance with diagnostic and reasons of exit; to calculate costs with assistance given for the nursing teams, doctor, nutrition and fisioterapia.

**Method:** One is about one, transversal descriptive study that evaluated it handbooks of the patients interned in intensiva therapy in the period of 10/01 to the 12/31/2008, with sample of 177 handbook where the internment was of 1 day to the 37 days, fashion and 1 day and medium of 5 days. **Results** the average of days of internment in the units it varied between the minor 4,8 days and greater 11. Is distinguished that the high one for improvement had greater occurrence 123(100%), being that the Pediatrics presented greater frequency 52 (4.2%), followed of Coronary the 44 (35.7%), Trauma 24 (19.5%) and Generality 3 (2.4%). The expenses with all the units are R\$ 916,572, 02, value for each patient are R\$ 5,178, 30. The Pediatric unit had the expense biggest in the value of R\$ 368. 137,02, after that it comes the unit Trauma with R\$ 212,318, 58, and respectively Coronariana and generality with R\$ 165 129,12 and R\$ 163 296,14. The human resources in intensive therapy are more onerous in the assistance to the critical patient arriving in this study 87% of the expenses. Conclusion must originate more studies so that it can better subsidize all that work with intensive therapy.

**Methodology:** . The statistic software SPSS 17 was used in the analysis. **Conclusion:** the costs of daily paid for the only system of health do not cover the expenses of the assistance, the contingent greater of servers is of nurse aid and the unit with contingent greater was the Pediatrics, the biggest wage was of the category of the doctors, although it present lesser number of what the nurse aid, the biggest costs are with the wages of the servers, the general unit was the one that more time the patients hade remained interned, followed of the trauma, coronary, pediatrics and the nosologic picture trauma was the one that had more remained in days of internment.

**Keys-words:** costs, ICU, care intensive

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Número de pacientes internados nas UTIs e respectivo diagnósticos no Hospital de Base do Distrito Federal, em 2008. ....	45
Tabela 2 - Distribuição por unidade dos períodos que cada paciente ficou internado na UTI do Hospital de Base do Distrito Federal, em 2008 .....	46
Tabela 3 - Distribuição por unidade de internação na Terapia Intensiva quanto aos motivos de saída do Hospital de Base do Distrito Federal, em 2008 .....	47
Tabela 4 - Distribuição dos profissionais por unidade de acordo com formação e em que atuam no Hospital de Base do Distrito Federal, em 2008 .....	49
Tabela 5 - Carga horária dos profissionais e proventos mensais em reais de acordo com cada categoria do Hospital de Base do Distrito Federal, em 2008 .....	50
Tabela 6 - Número de procedimentos médicos realizados na UTI do Hospital de Base do Distrito Federal, em 2008 .....	52
Tabela 7 - Gastos com procedimentos médicos de cada UTI do Hospital de Base do Distrito Federal, em 2008 .....	53
Tabela 8 - Números de Exames complementares realizados nas quatro UTI do Hospital de Base do Distrito Federal, em 2008 .....	54
Tabela 9 - Gastos com exames complementares nas quatro UTI do Hospital de Base do Distrito Federal, em 2008 .....	55
Tabela 10 - Valores de exames laboratoriais baseado na Tabela do SUS nas quatro UTI do Hospital de Base do Distrito Federal, em 2008 .....	56
Tabela 11 - Distribuição dos atendimentos de Fisioterapia e Nutrição nas quatro UTI do Hospital de Base do Distrito Federal, em 2008 .....	58
Tabela 12 - Distribuição da frequência de Nutrição enteral e diárias de acompanhantes da UTI pediátrica do Hospital de Base do Distrito Federal, em 2008 .....	59
Tabela 13 - Gastos com atendimentos de Fisioterapia e Nutrição nas quatro UTI do Hospital de Base do Distrito Federal, em 2008 .....	59
Tabela 14 - Gasto mensal com as diárias por UTI segundo a classificação do Ministério da Saúde quanto a complexidade do Hospital de Base do Distrito Federal, em 2008 ....	60
Tabela 15 - Distribuição dos com pessoal, procedimentos médicos, atendimento Fisioterápicos, Nutrição, medicamentos de alto custo e hemoderivados nas quatro unidades de terapia intensiva do Hospital de Base do Distrito Federal, 2008 .....	61

## LISTA DE SIGLAS

ADCT - Ato das Disposições Transitórias  
AACN - *American Association of Critical Care Nurses*  
ANS - Agência Nacional de Saúde  
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa.  
CNS - Conferência Nacional de Saúde  
CONASS – Conselho Nacional de Secretárias de Saúde  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CPMF - Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira  
CTI – Centro de Terapia Intensiva  
DF – Distrito Federal  
EC - 29 – Emenda Constitucional- 29  
EUA – Estados Unidos da América  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social  
INS - Instituto de Previdência Social  
INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social  
HBDF – Hospital de Base do Distrito Federal.  
MBD - Movimento Democrático Brasileiro  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OSS - Orçamento da Seguridade Social.  
PIB – Produto Interno Bruto  
PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro  
SES-DF – Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal  
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SSPS – *Statistical Procedures Companion*  
SOBRATI – Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva  
SUS – Sistema Único de Saúde.  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.  
ICU - Unidades de Cuidados Intensivos  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Financiamento em Saúde.....	14
1.2 Financiamento Brasileiro .....	15
2 OBJETIVOS.....	22
2.1 Objetivo Geral.....	22
2.1.1 Objetivos Específicos.....	22
3 HISTÓRICO DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA .....	23
3.1 Contextualização.....	23
3.1.1 Unidade de Terapia Intensiva.....	23
3.2 Surgimento das Unidades de Terapia Intensiva no Mundo.....	23
3.3 Terapia Intensiva no Brasil .....	25
3.4 Índices de qualidade em Terapia intensiva.....	29
4 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	32
4.1 Histórico do SUS.....	32
4.2 Cartilha do usuários do SUS .....	35
5 MATERIAL E MÉTODO .....	37
5.1 Tipo de estudo.....	37
5.2 Tamanho da amostra.....	38
5.3 Coleta de dados.....	39
5.4 Fontes de Coleta de Dados.....	39
5.5 Análise dos dados .....	39
5.6 Aspectos Éticos.....	40
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
6.1 Variáveis Sócio demográficas.....	41
7 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES.....	61
7.1 Considerações finais.....	61
7.2 Conclusões.....	62
7.3 Recomendações.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ANEXOS.....	70
ANEXO I - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES INTERNADOS NA UTI DO HBDF, 2008.....	71
ANEXO II - TABELA DE PREÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	75
ANEXO III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	94
ANEXO IV - CARREIRA DE ENFERMEIRO - TABELA DE ESCALONAMENTO VERTICAL.....	96
.....	96
ANEXO V – CARREIRA DE MÉDICA - TABELA DE ESCALONAMENTO VERTICAL .....	97
.....	101
ANEXO VIII – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	103

## 1 INTRODUÇÃO

A população mundial vem sofrendo interferência tanto do modo de produção como também nas transformações econômicas e sociais trazidas pela urbanização e modernização. Se por um lado essas mudanças contribuem para melhoria das condições de vida, por outro cria um novo cenário para as doenças em diversas regiões. Doenças estas que estão interligadas, quase que exclusivamente ao modo de vida, hábitos e a inserção do indivíduo na sociedade. No decorrer dos últimos anos houveram várias mudanças importantes correlacionadas às enfermidades. Assim, no que tange à doença e a morte elas foram atribuídas ao desenvolvimento tecnológico e a Revolução Industrial que trouxe transformações econômicas e sociais que acabaram por refletir na saúde dos indivíduos. (GAZIANO, 2008).

Isso se deve, principalmente, dentre outros fatores intervenientes, ao aumento no número de pessoas com idade de 60 anos ou mais que vem crescendo gradativamente. Os idosos, que em 1991 representavam 7,3% da população em 2025 irão representar 15%. A expectativa de vida está aumentando regularmente e espera-se que a média de idade no ano 2020 seja em torno de 73 anos. Com isso percebe-se que a expectativa de vida aumenta e, seguindo isto, doenças crônicas aumentam acarretando um prejuízo econômico para sociedade. (ZLASVSKY, 2002).

Esse envelhecimento gerará forte impacto na saúde da população mundial, pois segundo Kilsztajn *et al* (2003) o gasto com saúde gerado pelos idosos alcançará em relação ao PIB, em 2050, um aumento de 30%, ou seja passará de 8,2% para 10,7%, chegando ao patamar atual da Alemanha que fica em torno de 10,7% o que ocorrerá com a população brasileira. Isto aponta para a necessidade de uma mudança urgente na organização dos financiamentos para saúde na sociedade Brasileira.

Essa longevidade da população mundial traz a necessidade de estruturas baseadas no cuidado humano, pois o envelhecimento é acompanhado de afecções sequelantes, ou seja, aparecimento de doenças crônicas tais como: ocorrências oncológicas e cardiopatias entre outras. Essas doenças influenciam diretamente na produtividade de regiões inteiras ou até da população mundial, levando ao aumento de gastos com saúde (GAZIANO, 2008).

Estudos atuais apontam que o envelhecimento da população brasileira se dará,

necessariamente, em ritmo maior do que aquele registrado em países do primeiro mundo, principalmente naqueles que iniciaram sua transição da fecundidade ainda no século XIX, pois esses países, antes do início do processo de transição já conviviam com populações menos jovens e nunca experimentaram níveis tão altos de fecundidade quanto do Brasil (CARVALHO E GARCIA, 2003).

Os estudos de Carvalho e Garcia (2003) e Kilsztajn *et al.* (2003) mostram que o aumento da longevidade da população brasileira é devido ao declínio da fecundidade e não a diminuição da taxa de mortalidade como muitos pensam. Esses estudos trazem ainda projeções para 2050, onde se verifica que haverá um aumento de 199% no número de pessoas com 45 anos em relação ao ano 2000. Portanto, os serviços de saúde devem se preparar para agregar melhorias nos serviços prestados, com o intuito de disponibilizar uma melhor qualidade de vida a este segmento da sociedade.

De acordo com a previsão de Gaziano (2008), no ano de 2020 as doenças atingirão 25 milhões de vidas a cada ano. Esse aumento acentuado pode ser resultado do estado em que se encontra a gestão da saúde no século XX. Anteriormente, lá pelos idos do ano de 1900, as doenças infecciosas e a desnutrição eram as causas mais comuns de morte, porém, gradualmente estas foram substituídas por doenças crônicas, sendo justificada por avanços nutricionais e de saúde pública, e ainda o envelhecimento populacional.

### **1.1 Financiamento em Saúde**

O financiamento em saúde é objeto de preocupação em quase todo o mundo, por isso, tem se caracterizado como uma atividade delegada ao estado, onde é determinado quanto de recursos financeiros será investido na área. Contudo, em outros países isso não ocorre. Como a saúde não é um bem que possa ser passado para sociedade se cria mecanismos de ajuste para que os recursos financeiros sejam utilizados para provimento da assistência à saúde no intuito de melhorar a qualidade de vida das pessoas oferecendo assistência básica e avançada na área de saúde. (DAIN, 2007)

Existem três modelos clássicos de sistema de saúde nas quais estão enquadrados, em primeiro lugar na sua forma pura que seria o sistema nacional de saúde onde há prestação exclusivamente estatal e o financiamento baseado em tributos; o sistema que participa do seguro social no qual o financiamento é exclusivamente da folha de salários; e por último o sistema liberal sustentado pela forças de trabalho. Hoje o sistema está embasado na

característica de misto, pois os elementos da esfera pública e da privada estão unidos, tanto quanto no âmbito da prestação de serviços como no do financiamento dos mesmos. (SANTOS, UGÁ, PORTO, 2008).

Nos últimos anos o financiamento tem sido a preocupação de muitos países do mundo, pois tem interferido consideravelmente na dinâmica do cuidar em saúde, ou seja, é demonstrada essa preocupação aliada à eficiência, à efetividade e a equidade nos gastos. Observa-se que os países desenvolvidos que investem parcelas consideráveis do produto interno bruto (PIB) em saúde não redundam em melhores condições de saúde e nem resolvem o acesso aos serviços de saúde. Nos países em desenvolvimento há problemas em estender a cobertura a toda população e atender as exigências de financiamento setorial em decorrência das necessidades do desenvolvimento social e econômico, sendo avaliado nos níveis que concerne à saúde (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2007).

## **1.2 Financiamento Brasileiro**

O financiamento do Sistema único de Saúde (SUS) é responsável pela assistência a 140 milhões de habitantes o que perfaz, aproximadamente, R\$ 60 milhões ao ano (somente com os recursos das três esferas de governo) para cuidar das questões assistenciais, de toda a vigilância à saúde, vigilância de portos e aeroportos, fiscalização de estabelecimentos, vacinas e etc. Ao passo que o subsistema de saúde suplementar movimentava R\$ 40 milhões ao ano, destinados quase que exclusivamente à assistência médica, mas é necessário salientar que uma parcela da saúde suplementar tem parte da assistência feita pelo SUS, por possuírem planos de saúde que não ofereçam cobertura integral. No entanto, verifica-se que o gasto público é inferior a U\$ 250 *per capita* quando se inclui a saúde suplementar fazendo com que o Brasil despenda em torno de 10% do PIB com Saúde. Contudo, há ainda outro agravante, pois os mecanismos de ressarcimento ao SUS por procedimentos feitos para usuários de planos de saúde não operam conforme seu objetivo (COELHO, 2007).

A preocupação e a intervenção de estudos no setor saúde se justificam pelo fato de ser um setor diferente de outros serviços da economia e também é uma necessidade especial, distinta de outras necessidades consideradas básicas, pois a falta de atendimento oportuno pode levar a morte e a acréscimos dos custos do atendimento, por vezes elevadíssimos, podendo ser financeiramente catastróficos para a família, principalmente as de renda média (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2007).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população total em 2008 é de 194.227.984 habitantes, sendo homens 95.745.758 e mulheres 98.482.227. Já em 2005 havia na área urbana 84,20% da população e na área rural 15,80%. Isso mostra que há mais pessoas na área urbana do que rural. O Brasil apresentava em 2005 uma densidade demográfica de 22 habitantes por km<sup>2</sup>, uma taxa de crescimento de 1,41% em 2006. Os dados fornecidos pelo IBGE demonstram ainda uma taxa de natalidade em 2005 de 20,60% por mil e taxa de mortalidade de 6,30 por mil. O conhecimento desses fatores favorece o melhor delineamento na alocação de recursos, principalmente, para a área de saúde (IBGE, 2008).

Comparando a outros países da América Latina, o Brasil teve o maior PIB em 2007, que consiste em 1.314.199 milhões de dólares (US\$) e os gastos públicos com saúde, em 2003, foram de 3,4% do PIB. No caso da Argentina que tem um PIB de 262.327 milhões de US\$ os gastos públicos com saúde alcançaram 4,3% do PIB em 2003. Já, a Venezuela com PIB de 236.720 US\$ teve gastos com saúde de 2,0% do PIB em 2003. Há ainda Uruguai com 23.087 milhões de US\$ e gastos públicos com saúde de 2,7%. Na Bolívia o PIB é de 13.120 milhões de US\$ e os gastos públicos com saúde atingem a 4,3% do PIB. Observa-se que apesar do PIB brasileiro ser o maior, os gastos com saúde é inferior, quando comparados com os gastos da Bolívia. Remetendo aos países desenvolvidos, como por exemplo, Estados Unidos da América que tiveram um PIB de 13.776.472 milhões de US\$ em 2007 e gastos públicos com saúde é 6,8% do PIB e na Alemanha com PIB de 3.317.377 milhões de US\$ e com gastos públicos com saúde de 8,7% em 2003. Contudo, é importante salientar que o PIB da Alemanha é o dobro do PIB brasileiro (IBGE, 2008).

Os cinco municípios brasileiros, todos capitais, que representam 25% do PIB do Brasil em 2006 foram São Paulo (SP) 11, 9%, Rio de Janeiro (RJ) 5,4%, Brasília (DF) 3,8%, Belo Horizonte (MG) 1,4% e Curitiba (PR) 1,4%. Nota-se, portanto, uma participação significativa de Brasília no PIB nacional. O que demonstra sua importância administrativa e até mesmo sua participação na formação das riquezas do país. Vale ressaltar que no Distrito Federal o PIB aumentou de R\$ 63.104.900 em 2004 para R\$ 89.630.109 em 2006 (IBGE, 2008).

Na Lei Magna do Brasil, que é a Constituição Brasileira de 1988, a saúde é um dever do Estado e direito do cidadão, no qual se inclui um sistema de saúde onde se permite o acesso universal, além de outras diretrizes tais como integralidade, igualdade na assistência à saúde e a descentralização político administrativa e sua gratuidade, fazendo parte das políticas



definidas e regulamentadas pela Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8080 de setembro de 1990 e Lei nº 8142 do mesmo ano. Constituindo assim um direito de cidadania e norteado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, a legislação vigente manteve o financiamento tripartite do SUS com recursos do Orçamento da Seguridade Social. (PORTO; SANTOS; UGÁ, 2006) (KANAMURA; VIANA, 2007).

Apesar de existir um sistema de saúde que define como direito universal e integral o acesso a saúde, o setor privado prestador de serviços de saúde é sustentado pela compra estatal de serviços de um segmento de seguradoras e operadoras de planos de saúde fortemente subsidiado pelo Estado, pelos distintos instrumentos de renúncia fiscal. Em outras palavras, é realizado um controle para conceder, por meio de leis, a garantia dos direitos do cidadão (PORTO; SANTOS; UGÁ, 2006).

Desde as décadas de 1950 à 1960 vem sendo discutida a questão tributária e a descentralização do financiamento dos serviços de saúde para os municípios, devido as responsabilidades das diferentes instâncias de governo, as desigualdades regionais no gasto público *per capita* e ainda a necessidade de dados mais confiáveis e abrangentes sobre financiamento e gasto setorial. Essa preocupação vem sendo aprimorada cada vez mais no intuito de subsidiar os recursos para os setores que precisam (PIOLA, 2006).

É importante salientar que em meados da década de 1960, segundo Porto; Santos e Ugá (2006), a política de saúde brasileira estava organizada em dois subsetores, o de saúde pública e o de medicina previdenciária, no qual o primeiro foi predominante em meados de 1960 e o segundo se ampliou no final da década de 50. Com a compreensão dessa divisão em dois subsetores é possível relativizar a composição da receita e despesa, além de entender melhor os repasses de verbas sendo dividida entre os participantes.

De acordo com Carvalho (2007) e Piola (2006) nesses últimos 20 anos vem sendo mostrada a luta de profissionais da saúde e de políticos com assuntos relacionados ao financiamento da saúde visando garantir recursos viáveis e fontes estáveis. O método utilizado para isso em 1988 foi o Ato das Disposições Transitórias (ADCT) da Constituição onde se estabelece o mínimo de 30% do Orçamento da Seguridade Social que seriam destinados ao setor saúde até que as Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDOs) estabelecessem partilhas mais adequadas; já em 1993 determinou-se que as contribuições do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) disputassem juntamente com a Saúde maiores

percentuais com outras fontes nas áreas governamentais, passando a financiar somente Previdência Social.

A partir desse momento surgiu a necessidade de uma contribuição que fosse exclusiva da Saúde, então criou-se a Contribuição Provisória a Movimentação Financeira (CPMF); logo depois de 2 anos a CPMF perde sua exclusividade para saúde, e em 2000 surge depois de intensos debates a Emenda Constitucional 29 (EC 29) onde vincula o percentual mínimo de aplicação da receita nas três esferas governamentais (União, Estados e Municípios) (CARVALHO, 2007) (PIOLA, 2006) (DAIN, 2007).

Passado vários anos a EC 29 foi aprovada em 13 de setembro de 2000, com isso o sistema de financiamento da saúde ganhou maior estabilidade uma vez que foram estabelecidos patamares mínimos de aplicação de recursos da União, dos Estados e dos Municípios apoiados no SUS, observando-se uma progressiva descentralização do financiamento do SUS (DAIN, 2007) (PORTO; SANTOS; UGÁ, 2006). De acordo com Porto essa reforma tributária teve transferência do Estado para os Municípios no qual o ganho maior foi para os municípios, sendo preservada a diminuição da participação da União e maior participação do Estado, envolvendo assim as três esferas governamentais que passaram a comprometer com a saúde.

A EC 29 teve inegável mérito, pois, o governo nas três instâncias, na universalização da saúde e a desvinculação do Orçamento da Seguridade Social, garantindo assim recursos que pudessem ter maior participação e responsabilidade do Estado. A EC 29 não define as fontes que devem financiar a saúde e sim a variação de seu gasto pelo crescimento do PIB nominal, permitindo assim otimizar melhor os gastos. (DAIN, 2007).

A participação dos governos no gasto público em saúde que em 1980 foi de 75% Federal, 18% Estadual e 7% Municipal; em 2002 passou para 58%, 20% e 22 % respectivamente. Diferenciou-se em algumas regiões devido a participação no financiamento do gasto público em saúde em função da maior capacidade de arrecadação, como por exemplo, o caso das Regiões Sul e Sudeste. No entanto, esses percentuais retratam qual é, realmente, a participação de cada setor governamental no financiamento da saúde (PORTO; SANTOS; UGÁ, 2006).

Tendo como base a Constituição Brasileira que determina que a saúde é dever do Estado tornou-se necessária a regulamentação que veio através da Lei nº 9656 de 1998 que

estabeleceu o financiamento privado e acesso restrito a associados pagantes adaptando os planos as novas regras. Isso favoreceu o vínculo das operadoras e os consumidores que é regulado pela Agência Nacional de Saúde (ANS). Vale enfatizar que os gastos com saúde não afetam as pessoas de forma uniforme, e é quase intuitivo que uma minoria gaste muito, enquanto a grande maioria gaste pouco. Com a regulamentação se evitou a limitação de cobertura de dias de internação (em especial em UTI), exames de alto custo, e até mesmo a exclusão na cobertura de determinadas afecções. Com a edição da referida lei foi determinada a proibição, a partir de agora, de qualquer conduta diferente (KANAMURA; VIANA, 2007).

Particularmente, apesar de se verificar uma alocação equitativa dos recursos aplicados ao SUS, Ocké-Reis; Andreazzi e Silveira (2003) enfatizam que os problemas estão relacionados à gestão do sistema de saúde nos quais ainda permanecem lacunas, tais como: filas de espera, prevalência de doenças crônicas nos estratos inferiores de renda, baixa qualidade dos serviços especializados, ausência de médicos em certas regiões do país. Infere-se, dos argumentos apresentados, que o SUS precisa aperfeiçoar a sua gestão.

Para Fontes; Machado e Matias (2007) perseguir a equidade na distribuição dos recursos financeiros para a saúde pressupõe a sua distribuição de modo desigual como forma de compensar desigualdades nas necessidades e ainda requer o acompanhamento dos recursos alocados pelas três esferas de governo, co-responsáveis pelo financiamento da atenção a saúde no país.

Dentro desse cenário, a globalização tecnológica surge para impulsionar a área de economia em saúde, tendo em vista que ela pode instrumentalizar o poder público e equacionar o problema da falta de informações consistentes de forma que se possa subsidiar os gastos públicos com a área da saúde. Infere-se, portanto, que essa vertente da economia vem para responder aos questionamentos exigidos e ainda para justificar os gastos com o financiamento da saúde. Dessa forma, passa-se a exigir da sociedade uma economia em saúde com ampla discussão, motivado por vários estudos, mas que ainda, não contempla a sua totalidade. Sendo necessária maior atenção no que tange a terapia intensiva buscando uma ampla abordagem, não se deve ficar à margem disso, pois está embasado em importantes fatores que em conjunto utilizam alta tecnologia para melhorar a qualidade na saúde em detrimento do paciente, e para isso requer maiores recursos financeiros visando manter grau elevado de qualidade da assistência prestada.

Andrade *et al.* (2004) e Del Nero (2002) compartilham da mesma opinião quando o assunto é Economia da Saúde. Ambos a definem como sendo:

O ramo do conhecimento que tem por objetivo a otimização das ações de saúde, ou seja, o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados. Economia da Saúde lança mão da colaboração multidisciplinar para entender o significado das necessidades de serviços de saúde e as relações entre oferta e demanda, reconhecendo que a percepção dos processos patológicos é diferente para cada grupo social, afetando e sendo afetada, pelo comportamento desses grupos em cada contexto.

A crescente incorporação tecnológica no setor saúde tem reflexos conhecidos sobre o custo do sistema além de exigir mecanismos de regulação cada vez mais complexos e sofisticados. Nesse sentido, Andrade *et al.*, (2004), afirmam que:

A inovação tecnológica é a condição fundamental para o processo de crescimento econômico e desenvolvimento social de qualquer país, tornando-se ainda mais significativa nos dias atuais, face aos desafios decorrentes da rapidez com que se processa o avanço do conhecimento e da competitividade numa economia em crescente interdependência. Esta nova realidade afeta principalmente os países em desenvolvimento, entre eles o Brasil e seus parceiros latino-americanos..

Moscoso e Lago (2006) enfatizam que a sociedade em seu conjunto começa a adquirir consciência das limitações dos recursos e da noção de custo de oportunidade (é o que gasta em saúde sem deixar de gastar em outras coisas), ou seja, o que se gasta com um enfermo sem deixar de gastar com outros que talvez necessitem mais dessa ajuda. Hoje tentam valorizar a ciência econômica para organizar e administrar os serviços de saúde que são evidentes desde 1990 onde o gasto mundial em saúde alcançou 1,7 trilhões de dólares, cerca de 18% da renda mundial. A necessidade de controlar o gasto com saúde oriundo do cuidado e da atenção a saúde provenientes de critérios de eficiência, constitui um fator de suma importância no desenvolvimento dessa nova disciplina, a economia em saúde. Esta surge quando os problemas de equidade e eficiência entram em conflito no contexto completo.

Espera-se que com a geração de informações sobre custos com assistência, os profissionais da área de saúde possam dispor de elementos que venham a auxiliar na construção de indicadores sobre custos com assistência e que envolvem gastos com recursos humanos, diagnósticos e insumos. Isso poderá servir de referência na elaboração de ferramentas destinadas a protocolos de assistência, os quais possam ser elaborados com base na realidade de custos.

Políticas que auxiliem na formação mais crítica de uma educação continuada e de capacitação de pessoal muitas vezes implica na prestação de cuidados onerosos, acarretando assim prejuízo para ambos os lados, além de desperdício e aumento na taxa de absenteísmo caracterizando negativamente na qualidade do atendimento prestado e diretamente na qualidade de vida e de serviço. A preocupação com os recursos aplicados em terapia intensiva advém dos procedimentos e equipamentos caros podendo criar-se uma dicotomia, pois acarreta a falta de materiais básicos para atendimento em terapia.

A preocupação com o crescimento diferenciado da população mundial, além do seu envelhecimento acarreta surgimento de correntes da assistência para atender esse grupo de pessoas, e ainda a mudança no estilo de vida da população decorrente do mundo moderno, associados à inexistência de dados suficientes para delinear melhor o perfil epidemiológico dos pacientes críticos, serviu de motivação para a realização do presente trabalho, considerando que no Centro de Terapia Intensiva do Hospital de Base de Brasília inexistem estudos sobre o pacientes em relação ao custo de internações nas unidades de tratamento intensivo.

O custo e humanização sempre intrigaram os profissionais de saúde, principalmente, quando desempenham as atividades em terapia intensiva, pois trata-se de uma área que mais dispõe de tecnologia tanto da informação como de materiais e equipamentos, até mesmo porque envolve cuidados críticos e especializados. Como oferecer um cuidado baseado na racionalização sem deixar de lado o caráter humano do cuidar? Para se obter resposta para esta questão é necessário haver indicadores que possam delinear melhor a direção que se deve caminhar.

Durante todo o tempo que trabalho como enfermeira assistencial e, agora como gestora em terapia intensiva no Hospital de Base do Distrito Federal venho questionando os problemas e interfaces que permeiam o paciente crítico. Além disso fui motivada pela escassez de estudos sobre a má gestão dos recursos financeiros existentes na área da saúde, onde se gasta muito em saúde de alta complexidade em contrapartida outros níveis sofrem as mesmas carências de falta de materiais, equipamentos e recursos humanos, impulsionando assim uma visão de gerência de custo em terapia intensiva.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar os custos com assistência de pacientes em unidades de terapia intensiva, no Hospital de Base do Distrito Federal, em 2008.

#### **2.1.1 Objetivos Específicos**

- ✓ Verificar a taxa de permanência dos pacientes de acordo com diagnóstico e motivos de saída;
- ✓ Estimar os custos com assistência prestada pelas equipes de enfermagem, médica, nutrição e fisioterapia.

## **3 HISTÓRICO DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

### **3.1 Contextualização**

#### **3.1.1 Unidade de Terapia Intensiva**

Segundo Knobel e Kühn (1998) as UTIs são unidades que tem como objetivo concentrar pacientes em estado crítico ou de alto risco, passíveis de recuperação, num local que concentre equipamentos, materiais e pessoal treinado para o adequado tratamento e cuidado.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 466 de 1998, define UTI como a “unidade que se constitui de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinado ao atendimento de pacientes graves ou de alto risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de recursos humanos especializados”.

#### **3.2 Surgimento das Unidades de Terapia Intensiva no Mundo**

A origem das unidades de terapias intensivas está atrelada ao acontecimento estabelecido durante a década de 50. A inserção do polivírus na população causou vítimas, pois propiciou, dentre outras complicações, o aparecimento de insuficiência respiratória levando a situações críticas das pessoas e deixando sequelas, requerendo assim uma atenção significativa dos profissionais da época, durante o ano de 1952.

Para Valiatti (1986) a centralização dos pacientes com enfermidades consideradas graves, em áreas hospitalares restritas, iniciou-se com construção dos primeiros hospitais e certamente o propósito inicial era o de afastar estes indivíduos (portadores na grande maioria de doenças infecciosas e problemas mentais) do resto da comunidade, no sentido puro e simples de protegê-los.

As unidades de terapia intensiva hoje têm uma conformação diferenciada do passado, pois, se passaram mais de um século desde o surgimento da primeira UTI. Sua origem é retratada no início do século XVIII, onde as guerras mutilavam ou matavam muitas pessoas. Em 1854 a Inglaterra, França e Turquia declaram guerra à Rússia iniciando-se, então, a Guerra da Criméia. Diante disso, surgiu a necessidade de monitorização constante dos soldados feridos em virtude dos grandes ferimentos causados por armamento pesado e

moderno para época. Foi a partir daí que a enfermeira Florence Nightingale interessou-se por este evento, levando consigo 38 voluntárias para essa guerra e em sua metodologia de trabalho estavam à técnica de monitorização que consistia em separar os pacientes quanto a gravidade, e isso resultou na diminuição da mortalidade de 40% para 2%, sendo notável para época, pois, até então ninguém tinha feito tal façanha. (SOBRATI, 2008).

Segundo Lino e Silva (2001) a UTI nasceu de uma necessidade logística. Conforme abordado, Florence Nightingale, durante a Guerra da Criméia, selecionava os pacientes mais graves, colocando-os numa situação que favorecesse o cuidado imediato e a observação constante. Como se pode observar, a organização dos cuidados médicos e de enfermagem perpassou por várias tentativas com alto grau de complexidade, desde a alocação do paciente que precisava de maior atenção próximo ao posto de enfermagem até elaboração de quartos especializados de acordo com a doença, até serem criadas as UTI que existem hoje.

Ainda com métodos incipientes para de tratamento de ferimento, falta de conhecimento sobre reposição volêmica e transporte de pacientes críticos, abalou o surgimento de UTI cirúrgica. Na área de Neurocirurgia o Dr. Walter Dandy criou várias técnicas cirúrgicas no Hospital Johns Hopkins e por conta disso originou em, 1926, uma unidade com três leitos para pós-operatório de neurocirurgia em Boston sendo considerada a primeira UTI do mundo, e logo em seguida no mesmo local surgiu também uma unidade para crianças com seis leitos (SOBRATI, 2008) (LINO; SILVA, 2001).

De acordo com a SOBRATI (2008) e Guimarães; Orlando e Falcão (2008) a história das UTIs é marcada pela primeira guerra mundial onde o conflito humano provoca sofrimento, mas é uma época onde se inicia a era do tratamento dos pacientes críticos, na qual o choque é estudado criando-se métodos de reposição volêmica. Já em 1947 é inventado o desfibrilador por Cluder Becker e em 1950 ele passa a ser amplamente utilizado nas UTIs. Aliado ao pulmão de aço desenvolvido por Philip Drinker, essas novas invenções se tornam uma unidade respiratória, mudando o prognóstico dos pacientes.

Também concomitantemente com as epidemias de poliomielite em 1950, a Europa e os Estados Unidos tornam-se líderes na implantação de Unidades de Terapia Intensiva respiratórias. Nesta década se destaca os estudos de Peter Safar, primeiro médico intensivista e anestesista, que preconizou o atendimento de urgência-emergência, formulando o ABC primário, criou a técnica de ventilação boca-boca e a compressão torácica. Sustentado por



pesquisa com uma equipe de voluntários na cidade de Baltimore, em 1962, ele estabeleceu a primeira UTI cirúrgica.

O surgimento das unidades respiratórias confunde-se com a história da Ventilação Mecânica, pois conforme abordado, em 1950 a Europa e os Estados Unidos já conheciam os danos causados pelas epidemias de poliomielite, concomitantemente a isso foi criada as primeiras UTIs respiratórias para tratar as insuficiências respiratórias associadas aos quadros bulbares (ORLANDO; MOOCK, 2004).

Inferre-se, portanto que a terapia intensiva surge juntamente com as técnicas de ventilação mecânica e, também com os avanços tecnológicos, onde se tenta tratar a insuficiência respiratória com os métodos que se dispunha na época, como se pode constatar analisando o caso do Hospital de Copenhague, em 1953, onde mais de 31 vítimas da poliomielite evoluíram para o agravamento dessa enfermidade, acarretando um aumento da mortalidade em 25%. Esse fato influenciou no tratamento a pacientes críticos, com o envolvimento da equipe anestésica (BERTHELSEN; CRONQVIST, 2003) (SOBRATI,2008).

Nos estudos de Berthelsen e Trubuhovich (2005) é possível constatar que a origem da unidade de cuidados críticos teve como precursor Thorkild Anderson que tratou as vítimas de poliomielite com entubação traqueal e ventilação à mão, pois os ventiladores mecânicos eram escassos. Depois Bjorn Ibsen criou a primeira unidade de cuidados intensivo multidisciplinar no mundo, em Kommunehospitalet em dezembro de 1953.

Ressalta-se que foram criadas não só na Dinamarca como também na Suíça e França as unidades de assistência intensiva. Já na década de 50 são criadas nos Estados Unidos as unidades de choque e posteriormente as primeiras salas de pós-anestesia, novas drogas terapêuticas como éter e os antibióticos; e progressivamente surgiram as unidades coronarianas (LINO; SILVA, 2001).

### **3.3 Terapia Intensiva no Brasil**

A origem das UTIs no Brasil remota a fevereiro de 1967, com a inauguração do CTI do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, em 1973, é criada a Associação de Medicina Intensiva Brasileira, na qual se estruturou e normatizou-se os cuidados intensivos (GUIMARÃES; ORLANDO; FALCÃO, 2008) (ORLANDO; MOOCK, 2004).

Em 1950, segundo Orlando e Moock (2004) surgem aliados aos pensamentos dos Países desenvolvidos, as UTIs. Já em 1955 chega ao Brasil os primeiros pulmões de aço na Universidade de São Paulo, onde se tratou os pacientes com poliomielite deixando o cuidado dos mesmos serem exclusivos dos anesthesiologistas das unidades respiratórias. No Rio de Janeiro em 1957 usa-se inicialmente o pulmão de aço e posteriormente passa-se a utilizar o Bird Mark 7, Egström 150 e Bennett MA1, na qual a ventilação mecânica era realizada na própria enfermaria.

Dez anos depois foi construído um Centro de Terapia Intensiva com 16 leitos. Posteriormente surgiu no estado de Santa Catarina em 1968 uma UTI, depois em Porto Alegre-RS. Percebe-se, então que o surgimento dessas UTIs, sem dúvida, foi uma notável contribuição das instituições públicas para terapia intensiva brasileira.

Constata-se, então que o advento dessa tecnologia não só estruturou melhor as unidades de tratamento intensivo como também criou demanda para surgimento de literatura e sociedades que criaram diretrizes para coordenar/unir o grupo interessado, e logo aconteceu o primeiro congresso de terapia intensiva organizado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Essa jovem instituição, em 1982, trouxe uma proposta de classificação das Unidades de Terapia Intensiva seguindo critérios de recursos humanos, equipamentos, infra estrutura, estatísticas e pesquisas. Em 1997 foi realizado o primeiro censo brasileiro que foi publicado no Anuário Brasileiro de UTIs; ainda nessa época não se tinha remuneração dos serviços intensivos (GUIMARÃES; ORLANDO; FALCÃO, 2008).

Vale enfatizar que de acordo com a literatura consultada, a assistência de enfermagem nas UTIs era distinta da assistência dada na unidade geral no intuito de dar segurança ao paciente clinicamente instável, proporcionando vigilância contínua e rigorosa; o número de enfermeiras era semelhante ao de uma unidade geral, porém o número de leitos era bem menor em torno de quatro a seis leitos, tendo assim maior relação enfermeiras/pacientes, outro fator é que os procedimentos estavam atrelados aos diagnósticos.

No entanto, o aumento da complexidade das terapêuticas e os avanços no campo médico não foram acompanhados, sendo estritamente necessário a divisão de responsabilidade entre enfermeiras e médicos. Assim, da mesma forma que a equipe médica, os enfermeiros sentiram a necessidade de congregar com os mesmos interesses da especialidade, surgindo então American Association of Critical Care Nurses (AACN) em

1969. No Brasil os enfermeiros contam com A associação Brasileira de enfermagem (ABEN). É notório que todas as profissões envolvidas com paciente crítico são influenciadas não só com os avanços tecnológicos na área de equipamentos como também com a tecnologia da informação que está muito presente na assistência a pacientes críticos. Daí a necessidade de suporte profissional para disseminação do conhecimento (LINO; SILVA, 2001).

Convém lembrar que a situação atual da medicina intensiva no Brasil, não difere do panorama mundial em que sobrevive a medicina geral. Centros Hospitalares que nada devem a centros americanos e europeus, contrastando com Centros Hospitalares que nos colocam lado a lado com os subdesenvolvidos. Dentre os principais problemas vivenciados pela terapia intensiva brasileira estão a falta de qualificação, os escassos recursos materiais e financeiros, sendo alocado em segundo plano (KLINIKOS, 1986).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) de 4 a 6% dos leitos dos hospitais de alta complexidade total devem ser destinados para tratamento intensivo sendo hoje já direcionado para 10%. Em centro urbano já se aceita 25% dos leitos de hospitais de alta complexidade, essa alta demanda se deve a evolução tecnológica e com isso também admite neonatos com peso abaixo de 300g, idosos portadores de doenças crônicas degenerativas com indicação de assistência intensiva, além de jovens vítimas de traumatismo considerando a violência social e ainda a modernidade tecnológica (OMS, 2008).

Segundo a OMS para uma população de 2,5 milhões deve se ter centros de tratamentos intensivos com 307 leitos, o que não ocorre nas unidades de Brasília que totalizam em 199 o número de leitos, sendo um pouco mais da metade do número preconizado pela OMS. A Portaria nº 1101 de 12 de junho de 2002 do Ministério da Saúde determina que o mínimo de leitos hospitalares deve ser 2,5 leitos por 1000 habitantes e o máximo de 3 leitos por 1000 habitantes, ela enfatiza ainda que os leitos de UTI devem atingir no mínimo 4% dos leitos hospitalares e no máximo de 10% dos leitos hospitalares (MS, 2008).

Hoje se estima que haja 7.000 UTIs nos EUA e 2.000 unidades de 2500 leitos no Brasil, enfatizando assim abrangência da atenção. As despesas dos cuidados médicos nos EUA experimentaram o crescimento anual quase contínuo. As estatísticas demonstraram um aumento anual de 7.9% do ano previsto, fazendo despesas totais US\$ 1.9 trilhão, ou 16% do crescimento do produto interno bruto. Isto conduziu muitos a quererem saber se tais grandes

quantidades de gasto em cuidados médicos podem ser sustentadas (SOBRATI, 2008)

Estudo desenvolvido na Austrália por Mckinley (2007) mostra que este país têm 164 UTIs com 1.859 leitos, que perfaz 2,8% de todos os hospitais e 9,4 leitos por habitantes e uma taxa de mortalidade de 14,5%. Isso não é o mesmo que ocorre na realidade brasileira.

O estudo de Santos *et al* (2008) mostra a discrepância que há entre o setor privado e público no que tange a oferta de leitos do SUS, é de 1,81 leitos por mil habitantes e a oferta para clientes de planos e seguros privados de saúde, é de 2,90 leitos por mil habitantes; considerando a população coberta exclusivamente pelo SUS e a não coberta por planos e seguros privados de saúde; a oferta de leitos SUS (2,24 leitos/1.000 habitantes) ainda assim, seria inferior à estimada para a esfera privada. Isso demonstra o grau de desigualdade no setor público e privado, evidenciando a inadequação do direito universal à saúde inerente ao cidadão.

O estudo de Carvalho (2007) destaca que de 1995 a 2005 houve redução de aproximadamente 13% no quantitativo total de leitos e de 10% no número de internações pagas pelo SUS, embora a população brasileira tenha tido um crescimento de 18%. Percebe-se, portanto, que no processo de adaptação às políticas de saúde muitos estabelecimentos privilegiam os procedimentos de maior complexidade, caracterizando o aumento no valor médio da internação.

Atualmente, para a Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), baseado em um levantamento realizado por essa instituição em novembro de 2008, o custo médio de uma diária com os pacientes internados em hospitais privados está em torno de R\$ 3.269,48 enquanto a média de tempo de permanência é de 9,5 dias nestes hospitais. Segundo essa mesma fonte 60% dos pacientes crônicos das UTIs privadas, pagas pelo SUS, foram enviadas por Mandatos Judiciais. Dessa forma essa taxa de permanência alta está atrelada a motivos, tais como: dificuldade de transporte, déficit de profissional para acompanhar o paciente, ausência de leito no hospital de origem, e ainda ausência de leito com suporte dialítico.

No intuito de equacionar estes problemas em 28 de março de 2005 implantou-se no Distrito Federal uma Central de Regulação das Unidades de Terapia Intensiva com a finalidade de regular 100% da capacidade instalada de leitos de UTI adulto e pediátrica, cadastrados no SUS pertencentes a rede pública, dos leitos disponibilizados pelas Unidades

Referências e pela iniciativa privada contratada de forma tradicional ou emergencial, localizados no Distrito Federal. Essa regulação de leitos tem o papel de remanejar pacientes, direcionar o fluxo de admissão e alta, definir a alocação de pacientes, e ainda determinar que as direções de hospitais colaborem com as medidas para equacionar a falta de leitos.

A Portaria 42 de 31 de agosto de 2006 define critérios para internar pacientes em UTI, sendo priorizada a admissão conforme o quadro clínico e critérios para alta da UTI no qual é aprovada pela coordenação de UTI adulto, pediátrica e Neonatal da Subsecretaria de Atenção à Saúde do Distrito Federal.

Quando já definida a necessidade de UTI a demora na transferência pode agravar o prognóstico dos pacientes que está intrinsecamente relacionado à qualidade do atendimento nas enfermarias e da existência ou não de unidades de cuidados intermediários. A atuação da equipe de intensivistas deveria iniciar antes da internação, avaliando em conjunto com o médico assistente a evolução dos pacientes a fim de determinar o tempo ideal da transferência. Portanto, a necessidade de terapia intensiva não pode justificar a transferência de pacientes de forma inadequada e sem segurança. Deve haver planejamento, pois o pessoal e equipamento necessários ao transporte são imprescindíveis, sem eles a internação na UTI não deve realizar-se. (GARCIA, 2004).

Em um estudo americano, Angus *et al* (2004) enfatiza que em 1999 morreram 552.157 em seis estados americano dos quais 38,3% ocorreram em hospitais e 22,4% ocorreram após admissão em UTI. E ainda em cada seis americanos que morreram estava usando os serviços de cuidados intensivos.

Garcia (2004) enfatiza que é fundamental que se garantam níveis de cuidados e de vigilância apropriados aos pacientes após alta da UTI e que se programe essa alta com o máximo de segurança possível. Diversos estudos têm mostrado alta taxa de mortalidade após alta da UTI, bem como, altos índices de reinternação nas unidades críticas.

### **3.4 Índices de qualidade em Terapia intensiva**

Nas últimas décadas vem aprofundando cada vez mais o assunto relacionado a qualidade em UTI. Para Laselva; Júnior e Daniel (2006) qualidade total é o conjunto de ações desenvolvidas numa organização visando atender ou superar as expectativas dos clientes, ou seja, envolvimento de todas as pessoas, desde a mais alta administração até o responsável

pelas tarefas mais simples. No entanto, isso não é uma preocupação atual há relatos de William Petty no século XVII apontando e questionando o valor dos serviços sociais de saúde e o bem-estar social e ainda a figura da Florence Nightingale que no século XIX mostrou a utilidade e a necessidade de analisar estatisticamente as atividades hospitalares para avaliação dos resultados. Por isso tem se criado várias ferramentas no processo de gestão da qualidade tais como planejamentos, para eliminar erros, e ainda promover melhoria da estrutura física e de recursos humanos para que se obtenha resultados, e os indicadores em terapia intensiva como APACHE e TISS, que possibilitam ações corretivas baseado nesses e em outros índices reajustando e assim criando modificações para melhoria dos processos.

Para caracterização dos pacientes críticos utilizam-se vários índices fisiológicos no intuito de determinar a gravidade do paciente, outro índice é o modelo de cuidados progressivo onde se classifica o paciente de acordo com as necessidades em termos assistência. Há ainda o índice de gravidade que são definidos através da classificação numérica relacionada a determinadas características apresentado pelo pacientes, as quais proporcionam meios para avaliar as probabilidades de mortalidade e morbidade resultantes de um quadro patológico (MARTINS, 2006).

O surgimento das UTIs juntamente com o rápido desenvolvimento e aplicação de tecnologias avançadas que possibilitam investigações diagnósticas e terapêuticas complexas trazem a tona a necessidade de classificar os pacientes nessas unidades e isso tem sido objeto de estudo nas últimas décadas. Os escores de gravidade vêm sendo popularizado no mundo todo, e tendo aplicabilidade para comparar as unidades de cuidados intensivos. E ainda favorecem a análise de qualidade da assistência e outros indicadores epidemiológicos que auxiliam na determinação de metas no intuito de agregar mais qualidade e melhoria na carga de trabalho (TRANQUITELLI; PADILHA, 2007) (TERES, 2004).

Na década de 1970, iniciou-se a utilização de índices prognosticadores, que ajudaram a caracterizar a UTI e a qualificá-la. O *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS) tem como objetivo mensurar a quantidade de intervenções realizadas nos pacientes e, por esse motivo, passou a ser utilizado com um guia para identificar a quantidade de pessoal de enfermagem necessário para um determinada UTI. Ainda há outra escala denominada *Nursing Activities Score* (NAS) na qual contempla as atividades de enfermagem enquanto TISS-28 agrega as intervenções terapêuticas relacionadas à gravidade da doença. (LASELVA; JÚNIOR; GUASTELLI, 2006).

A UTI é uma área de atuação multiprofissional cujo atendimento é direcionado para paciente com comprometimento das funções vitais. O tratamento intensivo é voltado para pacientes com condições potencialmente recuperáveis que podem se beneficiar de uma monitorização mais rigorosa ou que necessitam de um tratamento mais agressivo. Em um estudo observacional foram identificadas duas causas para não admissão do paciente na UTI: ausência de leitos disponíveis (82%) e ausência de indicação para a internação (18%). Como no Brasil os números de leitos são limitados para proporcionar atendimento a toda demanda de pacientes, os leitos devem ser ocupados por pacientes com indicação criteriosa e/ou elevadas probabilidades de recuperação (SILVA *et al*, 2008).

## 4 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

### 4.1 Histórico do SUS

A saúde em nosso país recebeu atenção pela primeira vez na Constituição de 1934, em um artigo e um inciso. Na Constituição de 1946 a saúde foi inserida em dois artigos, dois incisos e uma alínea, com o intuito de normatização e sendo incipiente na atenção à saúde enveredando para condição de saúde do trabalhador (APM, 2001).

Na década de 70, no regime militar, mais precisamente em 1974, criou-se a divisão do Instituto de Previdência Social (INPS), hoje assumiu o papel o Instituto de Seguridade Social (INSS), que era filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social com a finalidade de prestar atendimento médico aos contribuintes, ou seja, aos empregados de carteira assinada, dividindo população brasileira em previdenciário e não previdenciário. Nesta época os procedimentos eram realizados pela iniciativa privada e estabelecidos por convênios no qual a remuneração era por procedimentos médicos, baseado em uma medicina com conotação de doença e não de saúde.

No estudo de Moscoso e Lago (2006), os autores enfatizam que os sistemas de saúde surgem a partir da totalidade de ações que a Sociedade e o Estado oferecem como respostas sociais organizadas para os problemas de saúde, e até mesmo as falhas são determinadas pelos embargos do mercado e governo.

Posteriormente surgiu como pensamento acadêmico o movimento da Reforma Sanitária, no início da década de 70, tendo como movimento de oposição técnica e política ao regime militar, as alianças com outros setores da sociedade e pelo partido de oposição da época — o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), atual Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB).

Em meados da década de 70, com o fim do milagre econômico, ocorreu uma crise do financiamento da previdência social, com repercussões no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Em 1979 o general João Baptista Figueiredo assumiu a presidência do Brasil com a promessa de abertura política, e de fato a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados promoveu, no período de 9 a 11 de outubro de 1979, o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, que contou com participação de muitos



dos integrantes do movimento e chegou a conclusões altamente favoráveis ao mesmo; ao longo da década de 80 o INAMPS passaria por sucessivas mudanças com universalização progressiva do atendimento, já numa transição para o SUS (APM, 2001).

O primeiro presidente civil, José Sarney, após o período da ditadura, abriu em 17 de março de 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que foi um marco na história do SUS. Essa CNS foi aberta à sociedade; além disso, foi importante na propagação do movimento da Reforma Sanitária. A 8ª CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), no qual foi estabelecido um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais. Contudo, o mais importante foi ter formado as bases para a seção "Da Saúde" da Constituição brasileira de 5 de outubro de 1988.

Essa Constituição foi um marco notório na assistência social, pois registra um avanço significativo na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como: "direito de todos e dever do Estado". Vale ressaltar que a implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e por fim a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) que fundou o SUS. Em poucos meses foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que favoreceu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço. O INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689 (APM, 2001).

Antes da existência do Sistema Único de Saúde, o acesso a saúde não era generalizado, pois o atendimento era feito em alguns hospitais estatais e universitários, em instituições filantrópicas e institutos de previdência para os associados, e os centros de saúde e postos seguiam a mesma organização dos anteriores. Nos anos 80 foi estabelecido pela Constituição Federal o acesso gratuito universalizado à saúde, sendo garantido pelo Estado esse direito através da regulamentação, fiscalização e planejamento das ações e serviços de saúde. Essas ações e serviços passaram a integrar um sistema único de saúde regionalizado, hierarquizado e organizado de acordo com diretrizes básicas como: ser integral; descentralizado; universal; e com controle social pelos conselhos de saúde, onde tem participação popular e de profissionais de saúde, bem como, representante do governo e ainda prestadores de serviços. A implantação desse sistema tem avançado ao longo dos anos como democrático e inovador para sociedade brasileira (SERRA, 2000).

No entanto, a crise crônica dos hospitais de ensino pertencentes às três categorias (público, filantrópica e privada lucrativa) criaram um impacto, sendo necessário que os ministérios da Saúde e Educação tomassem medidas para alterar o financiamento desses hospitais através da certificação, entrando assim, num programa de reestruturação dos hospitais de ensino, no qual se previa a contratação das unidades assistenciais baseado em metas e indicadores de qualidade de produção de serviço. Isso traria o repasse fixo mensal acrescido por um fator de incentivo, criando reajustes dos valores futuros de procedimentos ambulatoriais que consta em uma portaria interministerial 1.006 de maio de 2006. Essa medida agrada tanto prestadores de serviços quanto gestores, pois, proporciona um volume adicional de recursos que viabiliza melhorias nos gastos, e por outro lado, torna maiores as possibilidades de regulação desses estabelecimentos através de metas acordadas (CARVALHO, 2007).

Conforme abordado, o Sistema Único de Saúde teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, em 1990, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. De acordo com Santos (2008) o SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas; pois 110 milhões de pessoas foram atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde da família. Em 2007: 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consulta, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultra-sons, tomografias e ressonância, 55 milhões de sessões de fisioterapia, 23 milhões de ações de radio quimioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9,7 milhões de hemodiálise.

Convém frisar que apesar destes dados mostrarem que o SUS teve um crescimento substancial, ainda falta superar graves dificuldades e obstáculos oriundo da estrutura do modelo de gestão.

Para Porto *et al* (2006) que constatou uma expansão do SUS no que se refere a exames complementares, consultas de outros profissionais e serviços odontológicos. Essa taxa ocorreu mais no Sudeste variando em torno de 14,6%, sendo seguido pela região centro-oeste (9,4%) e norte (9,1%). Observa-se ainda que houve crescimento no número de internações no de 21% e enquanto no setor privado cresceram 13%. Para esse autor é necessários mais

estudos para mensurar a evolução do SUS em termos de cobertura, bem como o comportamento do segmento de saúde suplementar e do gasto privado.

O estudo de Santos *et al* (2008) ressalta que a maior parte da oferta de serviços hospitalares é de propriedade privada: 62% dos estabelecimentos com internação e 68% dos leitos do país. Uma concentração ainda maior observa-se em relação às unidades prestadoras de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (92%). No entanto a maior parte das unidades ambulatoriais (78%) é de propriedade estatal.

Para que a saúde do brasileiro possa chegar à um patamar maior é preciso humanizar o atendimento dado pelo SUS aos cidadãos. Nesse sentido humanizar significa cuidar do paciente como um todo, englobando o contexto familiar e social, incorporando e respeitando os seus valores, esperanças, aspectos culturais e as preocupações de cada um, e também é garantir a qualidade da comunicação entre paciente, família e equipe, ou seja, escutar ativamente o outro, compreendê-lo na sua singularidade e nas suas necessidades, para ele que se sinta reconhecido e considerado. O paciente de UTI apresenta suas necessidades básicas alteradas quando internado, isso implica no reconhecimento pelo profissional em atuar para minimizar os fatores estressores proporcionando assim melhores condições de internação (ALMEIDA: VELOSO; BLAYA, 2006).

#### **4.2 Cartilha do usuários do SUS**

Visando dar conhecimento aos usuários dos SUS sobre os seus direitos, em 2006, no Brasil, foi criada uma cartilha de direitos dos usuários da saúde baseado em princípios e diretrizes estabelecidas desde 1990 que preconizam:

- ✓ Todo cidadão tem direito a ser atendido com ordem e organização garantindo atendimento especial nos postos de saúde as pessoas idosas, deficientes e grávidas;
- ✓ Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema;
- ✓ Todo cidadão tem direito a um atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação;
- ✓ Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
- ✓ Todo cidadão tem responsabilidade para que seu tratamento aconteça de forma

adequada.

- ✓ Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (CARTILHA DO SUS, 2006).

Nos correlatos do CONASS (2004) se vive hoje um processo de consolidação do SUS, mesmo tendo muitos avanços nos últimos anos, ainda há desafios para serem enfrentados pelos gestores do SUS para que os princípios e diretrizes sejam implementados na sua plenitude para população brasileira.

Na visão de Santos (2008) os gestores municipais e estaduais do SUS, trabalhadores de saúde e os prestadores de serviços encontram-se no sufoco e na angústia de atender os sofrimentos e urgências de “hoje e ontem”, sabendo penosamente, que as ações preventivas e de diagnósticos precoce impediriam o surgimento da maior parte de casos graves e urgentes. Entretanto, os profissionais de saúde são obrigados a priorizar os casos de maiores sofrimentos e urgência devido a insuficiência de recursos, encontrando nesse território fertilidade para corrupção, não cumprindo os princípios e diretrizes, devido a gestão descentralizada do SUS.

Atualmente a política para equacionar este problema é o Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão, estimulada pelo Ministério da Saúde, no qual são discutidas, formuladas e aprovadas em todas as instâncias do sistema de saúde, mas está ameaçada pelo subfinanciamento mantendo o aporte insuficiente de recursos para sua implementação, ficando como mera continuidade da fragmentação dos repasses federais, premiações e incentivos.

## 5 MATERIAL E MÉTODO

### 5.1 Tipo de estudo

O estudo descritivo transversal, segundo Newman; Browner e Cummings (2008) realiza medições pontuais em um curto período de tempo, sendo designada uma variável preditora com plausibilidade biológica e informações de outras fontes. Apesar de obter vários dados como qualquer outro estudo apresenta limitações, é difícil estabelecer relações causais a partir dos dados, esse tipo de estudo muitas vezes oferece somente informações sobre prevalência, pois é limitado pelo tempo, isso não favorece na prática para estudar doenças raras em amostra de indivíduos da população em geral, melhor para descrever as características da doença do que para analisar diferenças entre os pacientes e pessoas doentes. No que concerne a esse estudo medir a prevalência e não a incidência limita a capacidade de estabelecer prognóstico, história natural e causalidade. Apesar das suas limitações, esse método é bom para planejamento em saúde, por exemplo, como alocar recursos, outro ponto favorável é que não é necessário esperar a ocorrência do desfecho, pois os estudos são rápidos e de baixo custo.

Caracteriza-se por ser um estudo com abordagem quantitativa, descritiva e analítica, tendo como foco pacientes que tiveram admissão e alta na Unidade de Terapia Intensiva do HBDF, em 2008. Foram incluídos no estudo todos os pacientes que tiveram admissão e alta durante a realização da pesquisa que foi realizada no período de outubro a dezembro de 2008; os pacientes que no momento da pesquisa não tiveram alta foram excluídos da amostra.

O estudo foi realizado em um hospital público de Nível Terciário, Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF fundado em setembro de 1960, com a inauguração da atual capital federal, essa instituição apresenta uma área construída de 5.200 m<sup>2</sup>, com capacidade para 700 leitos, dos quais 599 estão ativos e presta serviços de atenção à saúde de alta complexidade. Este nosocômio possui serviço ambulatorial, emergencial e de internação, sendo especializado em atendimento de pacientes politraumatizados e urgências cardíacas, além de outros serviços especializados em clínica e cirúrgica, tais como neurocirurgia, urologia, bucomaxilo, oftalmologia, otorrinolaringologia, cirurgia geral, exames de imagem, hemodinâmica e etc.

Esta instituição realiza atendimento à população do Distrito Federal, cidades do entorno e outros estados. O Centro de Terapia Intensiva está localizado no quarto andar do bloco de emergência, onde congrega 4 unidades de terapia intensiva. Segundo a portaria, nº 3432 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde onde classifica a UTI do HBDF como nível III, essa classificação baseia-se no quantitativo de recursos humanos e equipamentos/materiais especializados. A demanda de pacientes é mais elevada do que o número de leitos disponíveis para internação de pacientes críticos. Existem 41 leitos distribuídos em 4 unidades, conforme descrito a seguir: Pediatria, (13) Clínico Geral (12), Politrauma (8), Coronária/Cardíaca (8), porém há limitações no atendimento e dessa forma, apenas 35 vagas são disponíveis atualmente, conforme se pode observar na Planta da UTI do HBDF disponibilizada no Anexo V.

A deficiência verificada é devido a UTI funcionar com restrição de leitos o que é atribuído ao déficit de recursos humanos e recursos materiais/equipamentos. Os leitos são controlados por uma Central de Regulação da SES-DF criada com a publicação da Portaria nº 41 de 30 de agosto de 2006, no intuito de otimizar e distribuir as vagas dos hospitais da rede pública e privada das UTIs Neonatal, Pediátrica e Adulto. O perfil da unidade está direcionado ao cirúrgico por ser o único hospital da rede que atende pacientes de alta complexidade tais como cirurgica cardíaca adulto e pediátrica, politraumatizado, neurocirurgia, cirurgia urológica entre outros. Nesta UTI adulto trabalham 109 técnicos de enfermagem, 32 enfermeiros, 44 médicos, 9 fisioterapeutas, 2 nutricionistas e 11 técnicos de apoio administrativo.

No que tange a caracterização do hospital/unidades e os números referentes a taxa de internação e permanência, os dados podem ser observados nas Tabela 1 e 2 apresentadas na sexta parte, do presente estudo, que se dedica aos resultados e discussão dos dados coletados.

## **5.2 Tamanho da amostra**

A amostra foi composta por todos os pacientes admitidos na Unidade de Coronariana- Cardíaca, Trauma, Pediátrica e Geral, que tiveram alta no período do estudo. A população amostral foi constituída por 177 prontuários de usuários que atenderam a essas condições. Os critérios de inclusão no estudo foram pacientes atendidos nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital de Base do Distrito Federal no ano 2008, internados no período de outubro a dezembro de 2008, durante o seu tempo de permanência e o período de coleta de

dados. Os pacientes excluídos do estudo os que já estavam internados e os que não tiveram alta até o final da coleta ou ainda os prontuários que estavam incompletos ou estivesse sem dados.

### **5.3 Coleta de dados**

A obtenção dos dados ocorreu através da utilização de uma ficha de coleta aplicada pela pesquisadora a partir dos prontuários de cada usuário, os quais tiveram admissão e alta durante a coleta. De acordo com a autorização obtida junto a direção do hospital, baseada na Resolução 196/96 que norteia a pesquisa em seres humanos no Brasil.

### **5.4 Fontes de Coleta de Dados**

Os dados foram coletados com a utilização de uma ficha de registro de dados com questões objetivas e subjetivas, que abrangeu variáveis relacionadas ao perfil epidemiológico do paciente e seu estado: idade, sexo, diagnóstico, tratamento e motivo da alta hospitalar, além de compor do perfil quantitativo da equipe multiprofissional.

Para traçar o perfil da equipe multiprofissional foi utilizado a base de cálculos aritméticos de cada categoria no site da SES-DF, utilizou-se a tabela de escalonamento vertical (Secretaria de Planejamento e Gestão, 2008 - Governo do Distrito Federal), a qual apresenta por cargo, classe e padrões os vencimentos de cada categoria somadas as gratificações, adicional de tempo de serviço e parcela individual fixa. Cada provento está classificado de acordo com sua classe (especial, primeira, segunda e terceira), nos quais, seguem os padrões V, IV, III, II e I; todos foram agrupados conforme seu vencimento desde o maior valor até o menor valor tanto para a carga horária de 20 horas quanto a de 40 horas. Cada categoria profissional (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta) teve somado os padrões de cada classe, conforme explicitado acima para se obter uma média, de posse desses resultados somou-se e foi feita outra média aritmética das classes. Nesse sentido, as tabelas de escalonamento vertical das carreiras enfermeiro, médica e de assistência pública à saúde encontram-se nos anexos V, VI e VII, respectivamente.

### **5.5 Análise dos dados**

A análise dos dados foi realizada com a utilização do Programa Estatístico SPSS 17, que é um programa de estatística onde as variáveis foram cruzadas para tabulação dos dados

pertinentes ao estudo, dando origem as tabelas inseridas no trabalho.

### **5.6 Aspectos Éticos**

Foi obtida a autorização da Direção do HBDF para a execução do projeto. Os pacientes cujos prontuários foram examinados tiveram sua identidade preservada garantindo dessa forma o anonimato dos participantes da pesquisa. O projeto (processo nº 214/06) foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.



## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

De acordo com a metodologia descrita no Capítulo 3, são apresentados neste capítulo os principais resultados obtidos durante o desenvolvimento da pesquisa, os quais permitem ampla discussão que se fundamenta na análise e interpretação de conjunto de dados construídos a partir de variáveis relacionadas às informações dos prontuários dos pacientes do HBDF.

No HBDF, conforme o registro de admissão e alta das quatro unidades da UTI, passaram pela unidade 384 pacientes durante o ano de 2008. Desta população foram coletados dados de 186 prontuários no período de outubro a janeiro de 2008. Desse total, 7 pacientes até o final de estudo permaneceram internados até a finalização da pesquisa e, portanto, foram excluídos e a amostra, ficou, então, composta por 177 prontuários, ou seja, 25% dos paciente admitidos no referido ano.

Inicialmente são apresentados e comparados os dados relacionados às variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, etnia, residência.); em seguida foi realizada a comparação entre variáveis associadas remuneração salarial dos profissionais de saúde dividido por categorias, tempo de internação e permanência, diagnósticos mais freqüentes, procedimentos mais freqüentes de todos profissionais envolvidos na assistência, exames diagnósticos; posteriormente foi realizada a comparação entre variáveis associadas a gastos, e finalizou-se com exposição de gastos com pessoal, exames, procedimentos, atendimentos fisioterápicos e de nutrição, e medicamentos e hemoderivados.

### **6.1 Variáveis Sócio demográficas**

Nas 4 (quatro) unidades de tratamento intensivo atuam 195 profissionais, sendo 86 com formação superior entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas e 109 com nível médio auxiliares de enfermagem. As equipes prestam assistência 24 por dia durante a semana.

Na Tabela 1 podem ser observados o número de pacientes internados na UTI Trauma, Pediátrica, Coronariana e Geral de acordo com o grupo de diagnósticos e tempo de permanência na unidade.

**Tabela 1** – Distribuição da Frequência e permanência dos pacientes internados nas UTIs, segundo o Grupo de Diagnóstico, Distrito Federal, 2008.

Unidades	Diagnóstico		
	Grupo de Diagnóstico	Números de pacientes	Números de dias de internação
Trauma	Traumatismo	44	484 (média 11)
Pediatria	Mal formações congênitas e alterações clínicas	69	366(média 5,3)
	Doenças cardíacas	57	326 (média 5,7)
Coronária	Neoplasias	7	66 (média 9,4)
Geral			
Total		177	1242( média 7,0)

**Fonte:** elaborado pela pesquisadora com base nos dados coletados no HBDF em 2008.

Nas unidades de internação do HBDF passaram no período do estudo um total de 177 (cento e setenta e sete) pacientes cujos diagnósticos foram traumatismo crâneo encefálico, traumatismo abdominal, taumatismo raqui medular, lesão por arma de fogo, infarto agudo do miocardio, afecções valvares, infecção, arritmia, acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca, aneurisma de aorta, insuficiência respiratória aguda, comunicação inter-ventricular e atrial, disfunção metabólica, alocados em 4 grandes grupos: Traumatismo, Mal formações congênitas e alterações clínicas, Doenças cardíacas e Neoplasias. O número de dias de internação variou entre 1 (um) e 37 (trinta e sete) apresentando média de 1 dia e média de 5 dias.

A unidade em que os pacientes mais permaneceu internado foi em ordem de frequência a unidade de Trauma 484 dias, Pediatria 366 dias, Coronariana 326 dias e Geral 66 dias, a média de dias de internação nas unidades variou entre a menor 5,3 dias e a maior 11 dias nas unidades, onde a média de permanência maior foi no Trauma com 11dias, seguida pela Geral com 9,4, pela Pediátrica com 5,3 e por último Coronaria com 5,7. A média de permanência no Trauma foi maior devido as condições em que os pacientes chegam, geralmente são politraumatizados com lesões neurológicas graves que muita vezes ficam sequelados e dependentes de aporte ventilatório, enquanto na Geral foi maior devido ter menor número de pacientes, pois dos 6 leitos ocupados 4 tinha pacientes crônicos acarretando assim diminuição da rotatividade de pacientes, há nesta unidade paciente com quase 2 anos de internação. A UTI Pediátrica e Coronaria teve maior rotatividade pois os pacientes se apresentam com internação em média de 3 à 5 dias.

Os dados corroboram com o estudo realizado no Brasil no qual Zanon *et al* (2008) que mostra o tempo médio de permanência de 6 (3-11) dias, mesmo levando em consideração que as características nosocomiais não sejam as mesmas

Na Tabela 2 abaixo pode ser observada a distribuição das freqüências por cada unidade( Pediatria, Coronária/ Cardíaca, Trauma e Geral) nos períodos que os pacientes ficaram internados no CTI .

**Tabela 2** – Distribuição da Frequência proporção de tempo de internação, por unidade dos períodos no CTI, Distrito Federal, 2008.

Unidades	Tempo de Internação				
	1-4dias	5-10 dias	11-15 dias	16-30 dias	31-44 dias
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Pediatria	39(46,4)	14(27,4)	13(54,1)	2(12,5)	1(50%)
Coronária	28(33,3)	24(47,0)	3(12,5)	2(12,5)	0(0)
Trauma	15(17,8)	10(19,6)	7(29,1)	11(68,7)	1(50%)
Geral	2(2,3)	3(5,8)	1(4,1)	1(6,2)	0(0)
Total	84(100)	51(100)	24(100)	16(100)	2(100)

**Fonte:** elaborado pela pesquisadora com base nos dados coletados no HBDF em 2008.

Verifica-se a maior concentração nos primeiros 4 dias de internação, sendo que apresenta maior freqüência a unidade da Pediatria 39 (46,4%), seguida pela Coronaria com 28 (33,3%), Trauma 15 (17,8%) e Geral 2 (2,3%). Observa-se que os pacientes da pediatria ficaram internados nos primeiros 4 dias devido ao perfil dos usuários deste nosocomio e a faixa etária que é adequada para esta idade. Na Coronária houve maior percentual nos primeiros 4 dias devido a 75% dos pacientes serem pós operatorio de cirurgia cardiaca que ficam em média 3 a 4 dias internados quando não há complicações, enquanto a Geral apresentou distribuição quase que equitativa em todos os períodos, o número de participantes da amostra foi diminuto, pois, essa unidade havia pacientes com mais de 90 dias de internação.

Em um estudo realizado na França por Adrie *et al* (2005) constataram que 29% foram hospitalizado mais de 48 horas o que representou 65% da diária hospitalar. O trabalho realizado corrobora com este estudo pois, 47,45% dos pacientes estão alocados nos primeiros 4 dias de internação.

Esses dados encontrados se assemelham com os estudo de Haharan *et al* (2007) que mostra que a morbidade, mortalidade e custo do tratamento de pacientes que ficam mais que 2

semanas são significativamente maior do que os que ficam período menor em UTI. Também em outro estudo, Dasta *et al* ( 2005) quantificou o custo diário em ventilação mecânica e constatou também que o maior custo é durante os 2 primeiros dias de admissão e que o suporte ventilatório está associado com significativo aumento no custo diário do pacientes que recebem tratamento na UTI até o final da sua estadia. Na tabela do SUS não aparece o valor de tratamento com os pacientes com suporte ventilatório sendo necessário mais estudos que evidencie isto.

Na Tabela 3, abaixo, são apresentadas a distribuição de acordo com as unidades de Pediatria, Coronária, Trauma e Geral segundo os motivos de alta: melhora, transferência e óbito.

**Tabela 3** - Distribuição da frequência e proporção, quanto aos motivos de saída da UTI, Distrito Federal, 2008.

Unidades	Motivo de Saída		
	Alta N(%)	Transferência N(%)	Óbito N(%)
Pediatria	52( 42,2)	5(55,5)	12(26,0)
Coronária	44(35,7)	0(0)	13(28,2)
Trauma	24(19,5)	4(44,4)	16(34,7)
Geral	3(2,4)	0(0)	4(8,6)
Total	123(100)	9(100)	45(100)

**Fonte:** elaborado pela pesquisadora com base nos dados coletados no HBDF em 2008.

Destaca-se que a alta por melhora teve maior ocorrência 123 (100%), sendo que na Pediatria apresentou frequência de 52 (42,2%), seguido da Coronária 44 (35,7%), Trauma 24 (19,5%) e Geral 3 (2,4%). A alta por melhora se justifica, pois há mais pós operatório na unidade coronária, que apresenta 75% dos leitos ocupado por pacientes submetidos por cirurgias cardíacas que tem em média 3 à 5 dias de permanência, já o trauma tem característica que praticamente todos os leitos destinados aos politraumatizados pelo número de ferimentos e áreas acometidas tornam-se mais críticos, e ainda, os leitos dessa unidade são controlados pela Central de regulação.

Por motivo de transferência, houve na Pediatria 5 (55,5%), Trauma 4 (44,4%) e nas unidades Geral e Coronária não houve transferência. Nesse âmbito, por ser uma unidade de alta complexidade com maior poder de resolutividade do Distrito Federal, tendo por exemplo, condições de realizar terapia substituição renal, além de outros tratamentos e procedimentos que só se realiza neste nosocômio. As transferência ocorridas no trauma justifica-se pelo fato de não haver máquina de hemodiálise convencional, por isso, há

necessidade da transferência para unidade Geral. O CTI do HBDF na secretária de saúde do Distrito Federal é referência em cirurgia cardíaca e neurocirurgia.

Quanto aos óbitos houve 46 pacientes no qual apresentou uma distribuição um pouco mais equitativa sendo maior ocorrência no Trauma 16 (34,7%), Coronária 14 (30,4%), Pediatria 12 (26%), e Geral 4 (8,6%). Justifica-se a mortalidade ser maior no Trauma pelo perfil de pacientes que na sua maioria são homens acometidos de acidentes automobilísticos e chegam em estado extremamente grave.

Baseado no estudo de Teres (2004) a severidade dos pacientes internados em terapia intensiva está atrelado a mortalidade que deve ser encarada como um fator de qualidade de uma UTI. O CTI em estudo já faz o monitoramento desses indicadores epidemiológicos para nortear as condutas baseado em resultados.

Ainda, tomando como base um estudo americano, Berghe *et al* (2006), fez uma análise dos recursos utilizados na terapia intensiva com insulina nos pacientes criticamente enfermos, essa terapia reduziu a morbidade e a taxa de mortalidade dos pacientes admitidos e submetidos a ventilação mecânica, além de estar associado substancialmente, custo de vida comparado com terapia convencional de insulina. Alterações das condutas direcionada por estudos baseado em evidência auxiliam na diminuição dessas taxas.

Esses relatos de estudo deixa claro a necessidade preemente de estudos mais aprimorados para construir e implantar protocolos de atendimentos, para que se diminua a taxa de mortalidade brasileira em terapia intensiva, além de criar unidades de monitoramentos comparando com outros estados, cidades ou até outros países no intuito de saber qual o rumo das UTIs do Brasil.

Na tabela 4 a seguir mostra-se a distribuição dos profissionais por unidade de atendimento intensivo de acordo com a categoria profissional de nível superior e médio: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista e auxiliar de enfermagem.

**Tabela 4** - Distribuição da Frequência e Proporção dos Profissionais por Unidade, segundo sua Formação, Distrito Federal, 2008.

Unidades	Categorias Profissionais				
	Médico N(%)	Enfermeiro N(%)	Fisioterapeuta N(%)	Nutricionista N(%)	Auxiliares de Enfermagem N (%)

Pediatria	21 (48,8)	10 (31,2)	3 (33,3)	1 (50,0)	36( 33,0)
Trauma	8 (18,6)	8 (25,0)	2 (22,2)	-	25(22,9)
Geral	7 (16,2)	7 (21,8)	2(22,2)	-	24( 22,0)
Coronariana	7 (16,2)	7 (21,8)	2 (22,2)	1 (50,0)	24(22,0)
<b>Total</b>	<b>43 (100)</b>	<b>32 (100)</b>	<b>9 (100)</b>	<b>2 (100)</b>	<b>109(100)</b>

**Fonte:** elaborado pela pesquisadora com base nos dados coletados no HBDF em 2008.

Verifica-se que entre os profissionais com formação superior o maior contingente é constituído por médicos com um total de 43, estão distribuídos nas quatro unidades, e a pediatria é a que apresenta a maior parte desses profissionais 21 (48,8%), isso é, em decorrência dessa unidade ser a que possui o maior número de leitos em relação as demais unidades. A unidade de Trauma 8 (18,6%); Geral e Coronariana, respectivamente com 7 (16,2%). Em relação aos profissionais enfermeiros, esses aparecem em segundo lugar totalizando 32 dos profissionais com formação superior, assim distribuídos: Pediatria 10 (31,2%); Trauma 8 (25,0 %); Coronariana e Geral, respectivamente com 7 (21,8%).

Os fisioterapeutas são em número de 9 e estão distribuídos da seguinte maneira: 3 (33,3%) na unidade pediatria e 2 (22,2%) na unidade adulto (Trauma, Geral e Coronariana). Os nutricionistas, num total de 2 atendem as quatro unidades e o bloco de emergência. Já, os profissionais de nível médio, num total de 109, estão distribuídos da seguinte maneira: 36 (28,8%) na Pediatria, sendo que nas demais unidades a lotação é praticamente idêntica, ou seja, 25 (22,9%) Trauma, 24 (22,0%) nas unidades Coronariana e Geral.

Baseado na Portaria do Ministério da Saúde n ° 3.432 de 12 agosto de 1998, na qual determina o quantitativo de pessoal médico, enfermagem e equipamentos que deve ser disponibilizado pela UTI para manutenção dos cuidados aos pacientes críticos. O quantitativo de profissionais dessa unidade não segue o padrão determinado por essa portaria, pois teria que se ter um médico para cada 10 pacientes, 1 enfermeiro para cada 5 pacientes, 1 coordenador médico e de enfermagem para cada UTI e 1 técnico de enfermagem para cada 2 pacientes. Por isso, juntamente com a falta de equipamentos a UTI tem 6 leitos bloqueados, acarretando aumento da demanda de pacientes críticos em hospitais particulares subsidiado pelo poder público, no qual realiza contratos para que esses pacientes possam ser atendidos. O poder público tem tomado várias medidas que ainda não surtiram efeitos para que diminuísse essa demanda de pacientes para os hospitais particulares.

Para Laselva, Júnior e Guastelli (2006) o dimensionamento de profissionais em terapia intensiva é uma tarefa difícil na organização da unidade, pois, tem implicações gerenciais e assistenciais. No hospital estudado a planta física não favorece o agrupamento e dificulta em muitos momentos o dimensionamento de recursos humanos, pois, a UTI é dividida em 4 unidades com espaço físico reduzido e unidades fechadas, o número de leitos também é reduzido pelo quantitativo de pessoal, o HBDF é de alta complexidade e atende toda a população do Distrito Federal e entorno aumentando, significativamente, a demanda de usuários e conseqüentemente a dependência desses pacientes em relação a esses profissionais é bem maior. Quanto ao quantitativo de material e equipamentos. deveria ter um núcleo controle de qualidade e de engenharia clínica que acompanhasse todos os consertos e as manutenções preventivas dos equipamentos. Por último, os processos internos ainda não estão validados e alguns estão em fase de criação, de implantação e outros bem avançado como os protocolos assistenciais (VIDE ANEXO V- Planta da UTI do HBDF).

Na Tabela 5 verificou-se a carga horária dos profissionais e proventos mensais em reais que cada categoria recebe mensalmente, incluindo todas as gratificações e insalubridade.

**Tabela 5** – Distribuição da Frequência e proporção de Carga Horária dos Profissionais e proventos mensais em reais, segundo cada categoria, Distrito Federal, 2008.

Profissionais	Carga horária/Proventos mensal		
	20 horas N	40 horas N	Valores recebidos (R\$)
Médicos	21	22	154. 048,83
Enfermeiros	21	11	110. 900,78
Fisioterapeuta	2	7	17. 161,12
Profissionais	Carga horária/Proventos mensal		
Nutricionista	-	2	7. 840,82
Aux. Enfermagem	39	70	164. 111,47
Total	84	113	454. 063,02

**Fonte:** elaborado pela pesquisadora com base nos dados coletados no HBDF em 2008.

A distribuição dos valores dos salários apresentados são referentes aos proventos mensais de cada profissional de acordo com cada carga horária mensal trabalhada em duas classes de 20 e 40 horas. O total de valores recebidos por todas as categorias é R\$ 454.063,02. Destaca-se que o maior provento é de R\$ 164. 111, 47 atribuída à categoria de Auxiliar de Enfermagem por apresentar maior número de pessoas, em seguida os Médicos perfazem maior provento dos profissionais de nível superior que é R\$ 154. 048, 83, verifica-

se ainda que os Enfermeiros possuem remuneração de R\$110. 900,78. Destaca-se os Fisioterapeutas com R\$ 17.161,12 e os Nutricionistas em R\$ 7.840,82. Vale ressaltar que no capítulo 3 se discorre sobre o método adotado para se chegar ao resultado representado na Tabela 5, acima.

Os recursos gastos com pessoal fazem parte de um montante ao qual será somado aos outros gastos visando se conhecer os custos com a assistência prestada aos pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva. Por exercerem diferentes atividades e níveis de responsabilidade sendo diferenciados, apesar de demonstrar esse quantitativo os recursos humanos encontra-se defasado, principalmente o número de pessoal de enfermagem que está aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde.

Segundo Telles (2007) o custo diário em horas de enfermeiros na assistência é de R\$ 298,69. Em terapia intensiva deve-se considerar que o índice de gravidade utilizado. O referido autor utiliza o cálculo baseado no índice de gravidade e carga de trabalho sendo dados calculados de forma diferenciada além de estar direcionado a categoria de enfermagem.

O profissional de terapia intensiva tem que ter qualificação e capacitação para cuidar de pacientes críticos, pois, é uma área exigente devido a alta tecnologia tanto de informação como de equipamentos e materiais. Por isso, é que a demanda de recursos financeiros para o pagamento desse profissionais é alto, no hospital estudado, pois a insalubridade, por exemplo, é maior (20%), os profissionais tem duas férias anuais, carga horária de 20 horas para profissionais de nível superior Médico e de Enfermagem, Fisioterapia e nutrição com carga de 24 horas e, podendo aumentar a carga horária para 40 horas, ainda apresenta outros diferenciais que motivam o profissional a trabalhar em terapia intensiva.

Na Tabela 6 se observa os procedimentos médicos realizados nas quatro unidades que constam na tabela SUS ( Anexo II), os procedimentos atribuído zero reais não foram computados.

**Tabela 6-** Distribuição da Frequência e Proporção de Procedimentos Médicos, realizados no CTI , Distrito Federal, 2008.

Unidade	Procedimentos				
	Punção venosa Central N(%)	Hemodiálise N(%)	Drenagem Torácica N(%)	Marcapasso Transvenoso N(%)	Traqueostomia N(%)



Trauma	37(48,0)	18(56,2)	10(100)	0(0)	16(59,2)
Coronariana	21(27,2)	12(37,5)	0(0)	1(0)	4(14,8)
Pediátrica	13(16,8)	0(0)	0(0)	0(0)	6(22,2)
Geral	6(7,7)	2(6,2)	0(0)	0(0)	1(3,7)
<b>Total</b>	<b>77(100)</b>	<b>32(100)</b>	<b>10(100)</b>	<b>1(100)</b>	<b>27(100)</b>

**Fonte:** elaborado pela pesquisadora com base nos dados coletados no HBDF em 2008.

Verifica-se que o procedimento médico mais realizado foi a punção venosa central 77, apresentando maior frequência na unidade Trauma 37 (48,0%), seguido pela Coronariana 21 (27,2%), Pediátrica 13 (16,8%), e Geral 6 (7,7%). Já o procedimento de hemodiálise ocorreu 32, observa-se maior frequência na unidade Trauma 18 (56,2%), Coronariana 12 (37,5%), Geral 2 (6,2%) e na Pediatria não teve esse procedimento, pois, esta unidade não realiza tal atividade, somente diálise peritoneal porém não foi constatado.

A drenagem pleural teve 10 que ocorreu somente na unidade trauma 10 (100%) não ocorrendo nas outras unidades, pois na Unidade Coronária se possui pacientes que já vêm com dreno de mediastino e pleural do centro cirúrgico. O marcapasso transvenoso 1 (100%) ocorreu somente na Coronariana por se tratar de um procedimento cardiológico, esse percentual é atribuído também por uma unidade cirúrgica onde maioria dos pacientes vem com fio de marcapasso endocárdico.

A traqueostomia apresentou maior ocorrência na unidade Trauma com 16 (59,2%), seguido pela Pediátrica 6 (22,2%), Coronariana 4 (14,8%), e Geral com 1 (3,7%), de todos os procedimentos, a traqueostomia destacou-se no Trauma onde os pacientes são mais dependente do suporte ventilatório mecânico, na qual há a rotina de quando entubado mais de 7 dias deve-se realizar traqueostomia.

No estudo da Secco (2006) foi analisado 93 procedimentos dialítico realizado em 50 pacientes em um hospital universitário brasileiro. Ressalta a importância de estudos específicos como citado anteriormente para se ter melhores parâmetros de avaliação.

Na Tabela 7 são apresentados os gastos com procedimentos médicos de cada unidade intensiva do Hospital de Base do Distrito Federal.

**Tabela 7** – Distribuição dos Gastos em reais com procedimentos médicos, segundo cada unidade, Distrito Federal, 2008.

Unidade	Procedimentos e gastos				
	Punção venosa central (R\$)	Hemodiálise (R\$)	Drenagem torácica (R\$)	Marcapasso transvenoso (R\$)	Traqueostomia (R\$)
Trauma	555,00	2. 005,56	135,40	0,00	8. 875,68
Coronariana	315,00	1. 337,04	0,00	364,75	2. 218,92
Pediátrica	195,00	0,00	0,00	0,00	3. 328,38
Geral	90,00	222,84	0,00	0,00	554,73
<b>Total</b>	<b>1. 155,00</b>	<b>3. 565,44</b>	<b>135,4</b>	<b>364,75</b>	<b>14. 977,71</b>

**Fonte:** elaborado pela pesquisadora com base nos dados coletados no HBDF em 2008.

Na Tabela 7 observa-se que o procedimento médico mais oneroso para instituição é a traqueostomia que perfaz um valor de R\$ 14.977,71, apresenta maior valor no Trauma com R\$ 8.875,68, justifica-se por ter maior permanência de internação, Pediátrica R\$ 3.328,38, Coronariana com R\$2.218,92 e Geral com R\$ 554,73. Hemodiálise R\$ 3.565,44, onde houve um gasto no Trauma de R\$ 2.005,56, acompanhado pela Coronária de R\$ 1.337,04, e Geral de R\$ 222,84, não houve hemodiálise na UTI Pediátrica pois não é um procedimento indicado para crianças nesse nosocômio.

A unidade Geral possui a hemodiálise convencional com osmose reversa e hemodiálise de baixo fluxo, sendo que a segunda pode ser realizada em qualquer unidade. Deve-se enfatizar que pela falta de recursos humanos tanto médico como de enfermagem treinados, as sessões de hemodialis não são feitas no devido tempo de duração, pois a hemodiálise convencional tem duração em média de 4 horas cada sessão e hemodiálise de baixo fluxo em torno de 36 hs, não sendo disponibilizada recursos humanos habilitados para o período todo, acarretando assim sobrecarga de trabalho para equipe.

De acordo com Secco (2006), no qual estimou o custo médio direto da hemodiálise em terapia intensiva, constatou o valor de R\$ 2.065,36 no custo total médio do procedimento. Observa-se que o valor encontrado foi bastante inferior ao do estudo principalmente se fosse feito a média de hemodiálise, outro fator e que as hemodialis computadas são as contínuas e convencional, que afetaria mais ainda esse valor.

Na punção venosa central houve gasto de R\$ 1.155,00, sendo alocado em primeiro lugar Trauma com R\$ 555,00, Coronariana com R\$ 315,00, Pediátrica R\$ 195,00 e por último Geral com gasto de R\$ 90 reais. Esse procedimento é muito realizado na terapia intensiva, porém o valor foi subestimado, pois, o SUS (vide anexo II) paga R\$15,00 para cada punção venosa, esse valor não paga nem o material utilizado e conseqüentemente nem o numerário profissional. A UTI Coronariana foi a única que apresentou gastos com Marcapasso Transvenoso de R\$ 364,75, pois, é um procedimento cardiológico. O procedimento que só apareceu na UTI Trauma foi drenagem torácica que teve gasto de R\$ 135,40. O estudo de Moscoso (2006) enfatiza que a medicina durante muitos anos encara a saúde como não tendo preço e que para salvar uma vida justifica-se qualquer esforço econômico.

Na tabela que se segue apresenta os números de exames complementares tais como ECG, Raios-X, Tomografia e Cateterismo Cardíaco, que foram realizados nas unidades.

**Tabela 8** - Distribuição da Frequência e Proporção de Exames complementares, segundo cada unidade, Distrito Federal, 2008.

Unidade	Exames Complementares			
	ECG N(%)	Raios-X N(%)	Tomografia N(%)	Cateterismo cardíaco N(%)
Trauma	3(4,4)	75(30,6)	9(64,2)	0(0)
Coronariana	61(91,0)	98(40)	0(0)	2(100)
Pediátrica	3(4,4)	63(25,7)	5(35,7)	0(0)
Geral	0(0)	9(3,6)	0(0)	0(0)
Total	67(100)	245(100)	14(100)	2

**Fonte:** elaborado pela pesquisadora com base nos dados coletados no HBDF em 2008.

Entre os exames complementares realizados na UTI, observa-se que houve frequência maior Raios-X 245, predominando na Coronariana com 98 (40%), depois Trauma com 75(30,6%), Pediátrica 63(25,7%), Geral com 9(3,6%). O Eletrocardiograma apresenta mais evidência na Coronariana por ser uma unidade especializada em cardiologia, sendo respectivamente igual Trauma e Pediatria com 3(4,4%) e a Geral não teve esse tipo de exame. O cateterismo cardíaco apareceu somente na Coronária, por ser um exame diagnóstico mais comum em pacientes cardíacos, pelo fato desta unidade ter maior números de cirurgia do que pacientes clínicos justifica o número reduzido deste diagnóstico.

Na Tabela 9 são apresentados os gastos com os exames complementares de cada unidade alguns exames como ECG e Raios-X não foram alocado por aparecer na tabela do

SUS (anexo II).

**Tabela 9** – Distribuição com Gastos em Reais com exames complementares, segundo cada Unidade, Distrito Federal, 2008.

Unidade	Exames Complementares e gastos	
	Exames radiológicos (R\$)	Cateterismo cardíaco (R\$)
Trauma	876,96	0,00
Coronariana	0,00	1. 229,44
Pediátrica	202,20	0,00
Geral	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>1. 079,16</b>	<b>1. 229,44</b>

**Fonte:** elaborado pela pesquisadora com base nos dados coletados no HBDF em 2008.

Verifica-se que o gasto maior com exames complementares é com Cateterismo Cardíaco com R\$ 1.229,44, ocorreu mais na Coronária. E os exames radiológicos 1.079,16 tendo maior participação da tomografia que sempre é mais utilizado na unidade Trauma, devido a característica nos pacientes politraumatizados que requerem esse tipo de exame. De acordo com a tabela do Ministério da Saúde (Anexo II) o valor para eletrocardiograma e Raios-X é de R\$ 0,0 por estar incluído nos honorários da equipe.

Segundo Flaatten e Kvale (2003) os exames radiológicos chegam a 50% e 60% dos custos do serviço de laboratório representando 1,5% do total custos de UTI. No estudo não foi possível aferir esse item, pois, o valor desses exames na tabela SUS (Anexo II) é zero reais para Raio X, outro fator interveniente é a falta de recursos, pois alguns prontuários tinha solicitação de tomografia mas não havia sido realizada, pois, aparelhos apresentavam defeitos ou ainda quando eram realizado não tinha os resultados pois não dispunha de CD para gravar os resultados.

Segue abaixo a Tabela dos valores dos exames laboratoriais realizados nas quatro unidades de atendimento crítico, nos quais estão distribuídos de acordo com os valores de cada exame.

**Tabela 10** – Distribuição dos Gastos em reais dos Exames Laboratoriais, segundo a Tabela do SUS, em cada unidade, Distrito Federal, 2008.

Exames Laboratoriais	Unidades				Valor (R\$)
	Pediatria (R\$)	Trauma (R\$)	Coronariana (R\$)	Geral (R\$)	
Bioquímica	1.831,50	2.736,15	1.809,30	366,30	2. 247,75
Glicemia	249,75	908,35	610,50	122,10	1. 890,70
Hemograma	1.405,62	947,20	1.331,64	271,26	2. 091,51
Gasometria	341,94	1.364,98	714,46	150,12	2. 571,50
Bilirrubina direta e indireta	333,66	970,83	657,27	132,66	2. 094,42
Coagulograma	258,93	53,43	279,48	45,21	635,50
Transaminase hepática	649,35	1.726,92	1.147,77	231,66	3. 755,70
Amilase	438,75	1.107,00	735,75	148,50	2.430,00
Uréia	455,10	875,05	604,95	122,10	2. 057,20
Creatinina	423,65	910,20	604,95	122,10	2. 060,90
Marcadores de Necrose miocárdica	132,60	3.767,40	2.379,00	122,10	6. 793,80
HDL	28,08	1.249,56	245,70	514,80	1.755,00
Culturas	206,82	930,69	367,68	137,88	804,30
Fosfatase	4,02	872,34	98,49	132,66	1. 107,50
Cálcio	173,90	819,55	436,60	122,10	1. 552,150
Cloro	0,00	819,55	431,05	122,10	1.372,70
<b>Total</b>	<b>6. 933,67</b>	<b>6. 581,00</b>	<b>12. 454,59</b>	<b>2 863,65</b>	<b>35. 220,63</b>

**Fonte:** elaborado pela pesquisadora com base nos dados coletados no HBDF em 2008.

Os exames laboratoriais realizados nas quatro unidades contabilizam no valor de R\$

35.220,63, nota-se que o gasto com exames laboratoriais na Pediatria é de R\$ 6. 933,67, sendo que parte desses exames estão representados pela bioquímica R\$ 1.831,50, seguido pelo hemograma com valor de R\$ 1.405,62 esses exames são feitos diariamente tornando entre os exames mais onerosos em terapia intensiva.

Na UTI Coronariana apresenta um gasto com exames laboratoriais de R\$ 12.454,59, sendo que é composta de marcadores enzimáticos com gasto de R\$ 2. 379,00, bioquímica com valor de R\$ 1.809,30, hemograma com R\$ 1331,64, e transaminase em um valor de 1.147,77, o restante com valores inferiores a R\$ 1.000,00. Os valores são menores que constado na unidade de Trauma. Na UTI Geral constata-se o menor valor das três unidades totalizando em R\$ 2. 863,65, distribuído em primeiro lugar o desidrogenase láctica com valor de R\$ 514,80, o de bioquímica com gasto de R\$ 366,30, em seguida hemograma que tem o valor de 271,26. Como os pacientes da Geral são crônicos algumas vezes não é colhido diariamente, pois, são pacientes hemodinamicamente estáveis que necessitam de uma unidade intermediária ou seja somente cuidados de enfermagem.

Os marcadores de necrose miocárdica teve um gasto de R\$ 3.767,40 isso se deve pelo fato de ser uma exame de baixo custo comparados a outros exames, a bioquímica é um dos exames de baixo custo no valor de R\$ 2. 736,15, esse valor da bioquímica pode está relacionado a quantidade pois todos os pacientes o realizam todos dias; a enzimas hepáticas com terceiro maior valor que é R\$ 1.726,92, em quarto a gasometria se destaca com o valor de R\$ 1.364,98 isso se justifica pelo fato dos pacientes na sua maioria ser dependente de ventilação mecânica invasiva, o exame de desidrogenase ser um preditor de prognóstico de pacientes crítico sendo solicitado com maior frequência. Os pacientes pertencentes essas unidades muitas vezes necessitam de suporte ventilatório e são mais dependentes aumentando assim o custo com a assistência.

Na Tabela 11 apresenta a distribuição dos atendimentos de Fisioterapia e Nutrição, nas quatro unidades de terapia intensiva.

**Tabela 11** - Distribuição da Frequência e Proporção dos atendimentos de Fisioterapia e Nutrição, segundo as unidades, Distrito Federal, 2008.

Unidade	Atendimento Profissional	
	Fisioterapia *	Nutrição **
	N(%)	N(%)
Trauma	1.748 (39,4)	405(44,85)
Coronariana	1.486(33,5)	104(11,5)
Pediátrica	1.078(24,3)	366(40,5)
Geral	122(2,7)	28(3,1)
Total	4.434(100)	903

**Fonte:** elaborado pela pesquisadora com base nos dados coletados no HBDF em 2008.

**Legenda:** \*incluido fisioterapia motora e cardiovascular

\*\* incluido nutrição enteral e parenteral

Observa-se que o maior número de atendimentos é de fisioterapia 4.434, com maior frequência na unidade de Trauma 1.748(39,4%), seguido da Coronaria com 1.486(33,5%), e por último Pediátria 1.078(24,3%) e Geral 122(2,7%). Esses números poderiam ser maiores pois não há fisioterapia 24 hs, tendo em alguns momentos 1 Fisioterapeuta para cada 2 unidades. Nota-se também que houve ocorrência no atendimento da unidade Trauma por ser uma unidade que requer maior participação da fisioterapia, principalmente fisioterapia respiratória, pois, a maioria dos pacientes requerem cuidados com ventilação mecânica invasiva e não invasiva. Na coronaria é devido aos procedimentos cirúrgicos que os cardiopatas são submetidos, requerendo maior atenção na fisioterapia cardiovascular e respiratória.

Em relação a Nutrição ocorreu maior frequência na unidade Trauma com 405 (44,85%), Pediátrica com 366(40,5%), Coronaria 104(11,5%), e por último Geral com 28 (3,1%). Como os usuários da unidade Trauma são dependente da ventilação mecânica e seu metabolismo é aumentado devido as condições nutricionais que se encontra, outro fator é a dependência da dieta enteral justificando-se a maior ocorrência, já na unidade Pediátrica as crianças apresentam necessidades metabólicas maiores precisando de dieta enteral e parenteral por serem mais dependente do cuidador.

A Tabela 12 a apresenta a distribuição da frequência de nutrição enteral e diárias de acompanhantes em reais da unidade Pediátrica/ neonatal de acordo com a tabela do SUS( anexoII).

**Tabela 12** - Distribuição da Frequência e Proporção de Nutrição Enteral e Diárias de

acompanhantes, segundo a Unidade Pediátrica, Distrito Federal, 2008.

Unidade	Nutrição enteral	Diárias de acompanhante
	N(%)	N(%)
Pediatria	206(82,0)	306(83,6)
Neonatal	45(17,9)	60(16,3)
Total	251(100)	366(100)

**Fonte:** elaborado pela pesquisadora com base nos dados coletados no HBDF em 2008.

Verifica-se houve 251 nutrições enterais, a maior foi na Pediatira com 206(82,0%) e para neonatal 45(17,9%). Teve 366 diárias de acompanhantes, com participação maior da Pediatria com 306(83,6%) e Neonatal com 60(16,3%). A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica/Neonatal é uma unidade peculiar pois pelo estatuto da criança e do adolescente é direito a permanência de acompanhante, os pais ficam diariamente até o termino da internação da criança.

**Tabela 13** – Distribuição dos Gastos em Reais com Atendimentos de Fisioterapia e Nutrição, segundo as unidade, Distrito Federal, 2008.

Unidade	Atendimento Fisioterápico	Nutrição enteral
	(R\$)	(R\$)
Trauma	11. 099,80	145 800,00
Coronariana	9. 436,10	37 440,00
Pediátrica	6. 845,30	53 940,00
Geral	774,70	10 080,00
Total	28. 155,90	247 260,00

**Fonte:** elaborado pela pesquisadora com base nos dados coletados no HBDF em 2008.

Nota-se que o atendimento de Fisioterapia é R\$ 28.155,90, sendo a unidade de Trauma ficou em R\$11.099,80, seguido pela Coronaria com R\$ 9.436,10, a unidade Pediátrica com R\$ 6.845,30 e por último R\$ 774,7, na UTI Trauma. Esse valor resultou da multiplicação dos números de procedimentos fisioterápico realizados e o quantitativo de dieta nutricional administrada ao paciente, pelo valores da tabela do SUS.

Os pacientes foram submetidos à fisioterapia motora e respiratória, pois, são dependentes da ventilação mecânica onerando mais ainda os gastos com paciente crítico desta instituição, já na UTI Coronariana tem o acompanhamento tanto cardiológico como respiratório, tendo predomínio maior no primeiro atendimento.

Na unidade Geral há maior permanência de internação, os usuários desta unidade são



crônicos e estáveis, necessitando cuidados intermediários médicos, de enfermagem e de fisioterapia.

A Tabela 14 demonstra o gasto mensal com as diárias por unidade segundo a classificação do Ministério da Saúde quanto a complexidade do Hospital de Base do Distrito Federal, no qual está categorizado como nível de alta complexidade.

**Tabela 14** – Distribuição da Frequência e Gasto em Reais com as Diárias por Unidade, segundo a Classificação do Ministério da Saúde quanto a Alta Complexidade, Distrito Federal, 2008.

Unidades	Tempo internação/dia	Gasto mensal
	(N)	(R\$)
Trauma	484	246.176,92
Pediatria	366	186.158,58
Coronária	326	165.813,38
Geral	66	33.569,58
<b>Total</b>	<b>1.242</b>	<b>631.718,46</b>

**Fonte:** elaborado pela pesquisadora com base nos dados coletados no HBDF em 2008.

Na Tabela 14 segue o gasto com a internação de acordo com a diária de uma Terapia intensiva de alta complexidade totalizando R\$ 631.718,46 esse seria o valor repassado pelo Ministério da Saúde ao HBDF considerando a diária de R\$ 508,63, observa-se que a maior gasto com diária é da unidade Trauma R\$ 246.176,92, devido as suas características e permanecerem mais tempo internados, a unidade Pediátrica teve maior número de pacientes e menor permanência com gasto de R\$ 186.158,58, na Coronária R\$ 165.813,38 e na Geral R\$ 33.569,46.

Observa-se que os valores cobrados pelo SUS na diárias não condizem com a realidade dos pacientes críticos, mesmo porque não é levado em conta por exemplo o suporte de ventilação mecânica que é um fator que onera muito a assistência intensiva ao paciente crítico. Na próxima tabela será discutido esse assunto correlacionado com estudo realizado.

**Tabela 15** - Distribuição de Gasto em Reais com Pessoal, Procedimentos Médicos, Atendimento Fisioterápicos, Nutrição, Medicamentos de Alto Custo e Hemoderivados, segundo as Unidade de Terapia Intensiva, Distrito Federal, 2008.

Distribuição dos Gastos	Unidades				
	Pediatria (R\$)	Trauma (R\$)	Coronariana (R\$)	Geral (R\$)	Total (R\$)
Salários	343.507,23	156.283,24	144.417,43	153.339,88	797.547,78

Procedimentos Médicos	3. 523,38	11. 571,64	4. 235,71	867,57	20. 198,30
Exames	7.135,87	20. 936,10	13 684,03	2. 863,65	42. 310,81
Atendimento Fisioterápico	6. 845,30	11. 099,80	9. 436,1	774,7	28 155,90
Nutrição	6 991,00	12 150,00	3 120,00	5 400,00	27 661,00
Medicamentos e hemoderivados	134,24	277,80	235,85	50,34	698,23
<b>Total</b>	<b>368 137,02</b>	<b>212 318,58</b>	<b>165 129,12</b>	<b>163 296,14</b>	<b>916 572,02</b>

**Fonte:** elaborado pela pesquisadora com base nos dados coletados no HBDF em 2008.

Na Tabela 15 verifica-se que os gastos com todas as unidades são R\$ 916.572,02 levando em conta gastos com pessoal, procedimentos médicos, exames radiológicos e laboratoriais, atendimento fisioterápico, nutrição e medicamentos de alto custo e hemoderivados, neste estudo valor por cada paciente é R\$ 5.178,30; e ainda a diária é R\$ 737,98, diferindo da tabela SUS que paga em uma diária R\$ 508,63 para um UTI do tipo 3., ou seja, apresenta uma diferença de R\$ 229,35 em cada diária. Como foi salientado na tabela anterior, considerando a diária do SUS de R\$ 508,63, se multiplicarmos esse valor pelo número de dias de internação chegaríamos ao valor de R\$ 631. 718,46 e enquanto neste trabalho os gastos foram 916.572,02, tendo um diferença R\$ 284.853,56.

A unidade Pediátrica teve o gasto maior no valor de R\$ 368. 137,02 , em seguida vem a unidade Trauma com R\$ 212.318,58 , e respectivamente Coronariana e Geral com R\$ 165.129,12 e 163 296,14. Observa-se que as diárias ficaram superior a diária que o SUS paga uma UTI de alta complexidade. Os recursos humanos em terapia intensiva são mais onerosos na assistência ao paciente crítico chegando neste estudo a 87% do gasto. Para Hariharan *et al* (2007) o custo com cada paciente foi TT\$ 64.746 em comparação ao hospital privado com TT \$ 77.000.

Kanamura e Ávila (2007) refere a freqüência das doenças que mais matam são também as que mais gastam, levando a crer que exista relação entre letalidade e gasto elevado.

Neste estudo realizado em um hospital público é constado que quanto maior letalidade maior gasto como pode ser conferido no caso dos pacientes internado na unidade de Trauma.

Thungjaroenkul e Kunaviktihul (2006) enfatizam as estratégias para diminuir custos sem diminuir a qualidade dos cuidados em terapia intensiva que está relacionado com a instituição, onde aumentaria a qualidade técnica de toda equipe, encaminhando -se para um

nível de consultoria, utilização de abordagens multidisciplinares, desenvolvimento e implementação de programas remotos para intensivistas, uso de protocolos, aumento de unidades intermediária para pacientes que necessitam de monitorização e cuidados intermediários médico, de enfermagem e fisioterápico.

Os materiais e medicamentos evidenciam a tecnologia utilizada, pois devido critérios equivocados podem inflar esses gastos, no estudo de Carolyn e Clamy (2003) e Kanamura e Ávila (2007), questionam o custo efetividade das novas tecnologias médicas, o custo da assistência farmacêutica nos Estados Unidos cresce 20% ao ano. E em função de eletrocardiograma mal interpretados para definir se uma dor no peito representa ou não infarto, é estimado nestes estudos que 200.000 internações desnecessárias por ano, metade em UTI, gastos de US\$ 728 milhões que poderiam ser evitados. E ainda 4 milhões de americanos (15%) diagnosticados por ano com pneumonia, são hospitalizados por erro na avaliação do seu risco, quando poderiam se tratados em casa. Isso corrobora para que tenha uma racionalização das tecnologias tanto de informações como equipamentos/materiais. O estudo apresentado corrobora também para que haja um grupo de estudo, para que não haja iatrogenia e internações desnecessárias em UTI. E ainda estudos que possa delinear melhor as condutas tomadas em terapia intensivas criando fóruns de discussões acerca do assunto.

A tabela de preços do SUS está sustentada nos salários dos servidores e infraestrutura utilizada (ambulatório ou hospitalar), por isso muitos procedimentos que são realizados no hospital são atribuídos ao ambulatório, ou seja, tem procedimentos que são realizado tanto no ambulatório como na área hospitalar e na tabela isso não é mostrado, agregando valores diminutos, o que acarreta valor subestimado dos custos de terapia intensiva deste hospital, mesmo que, seja um procedimento da área ambulatorial é atribuído valor e enquanto na área hospitalar não atribuído nenhum valor, é o caso por exemplo eletrocardiograma, procedimentos de enfermagem tais como punção de acesso venoso periférico; as medicações consideradas são somente as de alto custo.

É sabido que a terapia intensiva é oneroso para sociedade, devido ao uso de alta tecnologia, equipamentos, drogas dispendiosas e ainda recursos humanos especializados. É necessário que a sociedade ponha em discussão o assunto no intuito de diminuir os recursos usados por paciente crítico. O governo deve criar espaço para discussão sobre economia em saúde, custos, recursos humanos em saúde, análise da nomenclatura de média e alta complexidade, pois o que não é alta é média complexidade não há definição eficaz acerca

disso. De acordo com Carvalho 2007 os gastos exclusivamente hospitalares tiveram um crescimento de 13% para 22,4%, este dado reforça importância de investimento e financiamento maior no setor público de saúde.

De acordo com Santos *et al* (2008) a oferta de equipamentos para clientes de planos e seguro de saúde é significativamente maior, somente hemodiálise não segue esses dados, pois, é estimada como disponibilizada pelo SUS no que se refere a todos os equipamentos de média e alta complexidade/alto custo, tais como, mamógrafo, litotripsor, ultra-som, tomógrafo computadorizado, ressonância magnética, radioterapia, medicina nuclear e raio-X para hemodinâmica

## **7 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES**

### **7.1 Considerações finais**

A realização deste estudo teve como limitação entre outras, não haver padrão de registros nos prontuários, cujas anotações não são habitualmente dirigidas com a finalidade de pesquisa. Dessa forma, pode ter havido incorreções pelo menos, em parte, nos resultados gerados. As dificuldades ocorreram durante a coleta quando em alguns momentos os prontuários não estavam disponíveis ou faltavam identificação.

O objetivo com a execução da pesquisa foi avaliar o custo de internação dos pacientes críticos, além de verificar a taxa de permanência dos pacientes de acordo com diagnóstico e motivos de saída e calcular custos com assistência prestada pelas equipes de enfermagem, médica, nutrição e fisioterapia. Consideramos que como esse foi o primeiro estudo dessa natureza realizado no HBDF, faz-se necessário que outras pesquisas dessa natureza possam ser realizadas como forma de ampliar o conhecimento sobre os custos em unidades de terapia intensiva e que tenham como foco os diferentes perfis dos pacientes em estado crítico tais como suporte ventilatório, suporte nutricional, pacientes submetidos à processos invasivos e minimamente invasivos, terapia substituição renal, entre outros, para caracterizar melhor o perfil de cada paciente crítico de pacientes internados no HBDF.

Deve-se buscar também quantificar os custos diretos e indiretos, a literatura é escassa quando aborda custos com pacientes que saem da UTI vivos, quanto para sociedade vai acarretar em termos de produtividade. Buscou-se, com a realização desta pesquisa gerar informações que pudessem otimizar os programas de atenção aos pacientes críticos, e ainda agregar informações para autoridades sanitárias, possibilitando dessa maneira que os técnicos do hospital possam ter subsídios que os auxiliem na definição de metas, no intuito de otimizar melhor os cuidados em terapia intensiva, procurando racionalizar, ou seja, dar assistência efetiva com menor custo. Além de aprimorar a qualidade da assistência e com custo reais gerados a partir de estudos específicos visando disponibilizar as autoridades gestoras, parâmetros de custos nos diferentes segmentos da assistência a pacientes internados em unidades de terapia intensiva.

## 7.2 Conclusões

Os resultados apresentados no estudo geraram as seguintes conclusões:

- ✓ Os custos de diária pagos pelo Sistema Único de Saúde não cobrem os gastos da assistência, essa diferença é pago pelo Governo Estadual
- ✓ O maior contingente de servidores é de nível médio na categoria de auxiliar de enfermagem, e a unidade com maior contingente foi a Pediatria;
- ✓ O maior salário foi da categoria dos médicos, apesar de apresentar em número menor do que os auxiliares de enfermagem.
- ✓ Os maiores custos são com os salários dos servidores;
- ✓ A unidade Geral foi a que mais tempo permaneceu internada, seguido do Trauma, Pediatria e Coronária;
- ✓ O quadro nosológico Traumatismo foi a que mais permaneceram em dias de internação;

## 7.3 Recomendações

Face aos argumentos apresentados no decorrer deste estudo recomenda-se:

- ✓ A informatização da divisão de prontuários e da Unidade de terapia intensiva para melhoria da qualidade e do acesso á informações;
- ✓ O treinamento para o grupo que realiza auditoria nas contas do hospital e agregar pessoas com conhecimento especializado na área;
- ✓ O estímulo à promoção da educação continuada da equipe multiprofissional, visando a importância nos cuidados com os prontuários;
- ✓ O estímulo à participação no controle social dos pacientes e familiares;
- ✓ A promoção de campanhas educativas pelas autoridades sanitárias, visando a valorização do paciente e fortalecimento da auto-estima;
- ✓ O estímulo à formação de grupos multiprofissionais de racionalização de tecnologia e discussões acerca das tabelas do SUS;
- ✓ A formação de grupos de estudo conjuntamente com o Ministério da Saúde para

aprimoramento da nomenclatura sobre as complexidades;

- ✓ A formação de um comitê multiprofissional de custos;
- ✓ O estímulo de medidas para implantação de programas no controle da qualidade da assistência e fomentação de indicadores para avaliação dos cuidados;
- ✓ O estímulo de fomentação de implementação do programa de humanização;
- ✓ E estímulos de trabalhos científicos acerca dos custos indiretos, além de custo específico com nutrição enteral e parenteral, suporte ventilatório, cuidados de enfermagem baseado no TISS 28, APACHE, PRISM, entre outros;
- ✓ A criação e validação dos protocolos de atendimentos; e
- ✓ A implementação de programas de informáticas vigilantes para obtenção de indicadores epidemiológicos e de assistência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, F. P.; VELOSO, J. W. N.; BLAYA, R. P. Humanização em UTI. In: Terapia Intensiva: Enfermagem. KNOBEL, E, LASELVA, C. R.; JÚNIOR, D. F. M. São Paulo: Atheneu. p. 39-47, 2006

ANGUS, D. C. *et al.* Continuous versus intermittent renal replacement therapy. *Intensive Care Med.* 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – ABEN. Disponível em: <<http://www.abeneventos.com.br/noticia02.html>> Acesso em: 20 maio 2009.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA MÉDICA - APM. Disponível em: <<http://www.apm.org.br>> Acesso em: 12 dez. 2008.

ANDRADE, E. L. *et al.* Análise de situação economia em saúde do Brasil: Perspectiva para estruturação de um centro nacional de informações. Minas Gerais: Ed. Coopmed; 2004.

ADRIE, C *et al.* Epidemiology and economic evaluation of severe sepsis in France: age, severity, infection site, and a place of acquisition (community, hospital, or intensive care unit) as determinants of workload and cost. *Journal of Critical Care*, v.20, p. 46-58, 2005.

BERGHE, G.V.D.; WOURTERS, P. J.; KESTELOOT, K.; HELLEMAN, D. E. Analysis of healthcare resource utilization with intensive insulin therapy in critically ill patients. *Critical Care Medicine*, U.S.A, v. 34, n. 3, p. 612-616, 2006.

BERTHELSEN, F.G., CRONQVIST, M. The first intensive care unit in the world: Copenhagen 1953. *Acta Anaesthesiol Scand*, v.47, p. 1190-95, 2003.

BERTHELSEN, Preben G., TRUBUHOVICH, Ronald. On origin of Critical Care Units: A Clarification. *Anesthesiology*, v.103, n. 6 , dec, 2005.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília:CONASS, 2003.

BRASIL. **Emenda constitucional nº 29, de 13 de dezembro de 2000.** Disponível em: <<http://www.planalto.gov>> Acesso em: 20 jun. 2009.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde.** Lei, número 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov>> Acesso em: 20 jun. 2009.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Disponível em: <<http://www.planalto.gov>> Acesso em: 20 jun. 2009.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação econômica em saúde: desafios para gestão no Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. DATASUS. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>. Acessado em 14/12/2008.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, 2003.

CARVALHO, G. C. M. **O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001**. 2002, Tese [área concentração] – Faculdade de Saúde Pública, São Paulo. 2002.

CARVALHO, Déa Maria Tarbes. Financiamento das Assistências Médico-hospitalares no Brasil. *Ciências e Saúde coletiva*, Brasília, v.12, n. 4, p. 879-92, 2007

COELHO, Ivan Batista. Os impasses do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 307-17, 2007.

CONASS. **Legislação do SUS**. Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

DASTA J.F, *et al.* Daily cost of an intensive care unit day: the contribution of mechanical ventilation. *Critical medicine*, v. 33, n. 6, 2005.

DAIN, Sulamis. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência e saúde coletiva*, v. 2, p. 1853-1864, 2007.

DATASUS. Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Acesso em; 15 jan. 2008.

DEL NERO, Carlos R. **O que é Economia da Saúde**. Economia da Saúde: Conceitos e Contribuições para a Gestão da Saúde. Brasília: IPEA, 2002.

FLAATTEN, Hans; KVALE, Reidar. Cost of intensive care in a Norwegian university hospital 1997-1999. *Critical care*, v. 7, n. 1, p.72-78, february, 2003

FONTES, F. B. C. T. P. ; MACHADO, E. N. M.; MATIAS, B. D. Gasto público com saúde de Minas Gerais- 2000-2002. *Divulgação em Saúde para debate*, Rio de Janeiro, n. 32, p. 69-89, janeiro 2007.

GARCIA, Ricardo Amorim. Critérios de Internação e de Alta. In: DAVID, Cid Marcos *et al.* *Medicina Intensiva*. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. 1 ed., p. 109-11.

GAZIANO, J. Michel. Considerações global da doença cardiovascular. In: BRAUNWALD, E. *et al.* **Tratado de Doenças Cardiovasculares**. 7 ed. São Paulo: Ed. Elsevier, 2008. v. 1, p. 01-19.

GOODMAN, D C. *et al.* The relation between the availability of neonatal intensive care and neonatal mortality. **The New England Journal of Medicine**, England, v. 346, n. 20, p. 1538-1544, 16 may, 2002.

GUIMARÃES, HP, ORLANDO, JMC e FALCÃO, LFR. In: AMIB. **Guia prático de UTI da AMIB**. São Paulo, 2008, v.1, p. 3-14/ 39-43.

HARIHARAM, S. *et al.* Characteristics of patients requiring prolonged length of stay in a Surgical Intensive Care Unit in Barbados. **West Indian Me. J.**, Trinidad, v. 55, n. 1: 25, 2006.

HARIHARAN, S. *et al.* An evaluation of the intensive care unit resources and utilization in Trinidad. **West Indian Med J.**, Trinidad, v.56, n. 2, p. 144-150, 2007.

HARIHARAN S; CHEN D; CHARLES Merrit L. Cost evaluation in the intensive care unit of Trinidad applying the cost-blicks method – international comparison. **Anaesthesia**, Trinidad, v. 62, p. 244-249, 2007

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA. IBGE. **Censo**. Disponível em internet: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acessado em: 15/jan/2008.

KLINIKOS. **Situação atual da medicina intensiva no Brasil**. 2006. Disponível em: <http://www.klinikos.com/index.htm> Acesso em: 02 ago 2009.

KNOBEL, E, KÜHL S. D. Organização e funcionamento das UTIs. In KNOBEL E. editor. **Condutas no paciente grave**. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Atheneu. p. 1316-31, 1998.

JORGE, Maria Helena Prado de Mello, KOIZUMI, Maria Suamie. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 200. **Rev. Bras. Epidemiologia**, v 7, n 2, 2004

KANAMURA, Alberto Hideki. VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Gastos elevados em plano privado de saúde: com quem e em quê. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 814-20, 2007.

KILSZTAJN, S. *et al.* Serviços, gastos e envelhecimento da população brasileira. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 20, n.1, jan/jun, 2003.

LASELVA, C. R. ; JÚNIOR, D. F. M.; DANIEL, R. C. Qualidade em UTI. In: **Terapia Intensiva: Enfermagem**. KNOBEL, E, LASELVA, C. R.; JÚNIOR, D. F. M. São Paulo: Atheneu. p. 27-37, 2006

LASELVA, C.R.; JÚNIOR, D. F. M.; GUASTELLI, L. R. Recursos humanos de enfermagem. In: **Terapia Intensiva: Enfermagem**. KNOBEL, E, LASELVA, C. R.; JÚNIOR, D. F. M. São Paulo: Atheneu. p. 103-13, 2006

LEGUIZAMÓN, Gilberto Barón. Gasto nacional em salud de Colombia 1993-2003

compasición y tendencias. **Rev. Salud pública**, 9(2), pp. 167-79, 2007.

LIMA, N.T. *et al.* Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Opas, 2005.

LINO, Margarete M., SILVA, Sandra Cristine. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a História como explicação de uma prática. *Nursing*, v. 4, n. 41, p. 25-29, 2001.

MARTINS, Paulo Sérgio. Índices Prognósticos em UTI. In: SCHETTINO, Guilherme; CARDOSO, L F; JÚNIOR, J M; FILHO, F T. **Paciente Crítico: diagnóstico e tratamento. Hospital Sírio Libanês**, São Paulo:Manole, 2006, p. 1000-1004.

MCKINLEY, Saron. Australian intensive care nursing. **Intensive Care Nursing**, v. 23, p. 209-312, 2007.

MOSCOSO, Nebel; LAGO, Fernando. Génesis de la economia de la salud. **Rev. Científica dela AMBB**, v. 16, n. 1, p. 23- 27, abril, 2006

NEWMAN, T B; BROWNER, W S; CUMMINGS, S R . Delineando Estudos transversais e de caso-controle. In: HULLEY, S B; CUMMINGS, S R ; GRADY, D G;. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed., Porto Alegre: artmed, 2008.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **Sistemas de saúde comparados: gasto, acesso e desempenho. IPEA**. Rio de Janeiro, Dissertação, novembro de 2006.

OCKÉ-REIS, C. O., ANDREZZI, M. F. S.; SILVEIRA, F. G. Avaliação dos gastos das famílias com assistência médica no Brasil: o caso dos planos de saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 4, p. 859-898, 2003.

ORLANDO, José Maria, MOOCK, Marcelo. História: O início da Terapia Intensiva no Brasil e a Trajetória da AMIB. In: DAVID, Cid Marcos *et al.* **Medicina Intensiva**. Revinter, Rio de Janeiro, 2004, pp. 1-7.

PIOLA, Sérgio Francisco. Comentário: Financiamento dos serviços de saúde pública nos últimos 40 anos. **Rev. Saúde Pública**, v.40, p. 4, p. 573-5, 2006.

PORTO, S M; SANTOS, I S; UGÁ, M A D. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. **Ciências e Saúde Coletiva**.v. 11, n. 4, p. 895-910, 2006

RIBEIRO, J A ; PIOLA, S F; SERVO, L M. As Novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços público de saúde no Brasil. **Divulgação em Saúde para debate**, Rio de Janeiro, n 37, p. 21-43, 2007.

RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

SANTORO, Deyse Conceição. Situação de saúde no Brasil e o cuidado desenvolvido nas unidades de terapia intensiva. **Esc. Anna Nery R. Enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 259-61, 2001.

SANTOS, I S; UGÁ, M A D; PORTO, S M. O mix público- privado no sistema de saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008.

SANTOS, Nelson Rodrigues, et. al. Políticas de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, sup. 2, p. 2009-2018, 2008.

SANTANA, J. P. **Desafios para as redes no campo da saúde**. In: Rede Unida, Abrasco, Opas & MS. Fórum Nacional de Redes em Saúde. Belo Horizonte: Opas, 2005. Disponível em: [http://www.opas.org.br/rh/pub\\_det.cfm?publicacao=55](http://www.opas.org.br/rh/pub_det.cfm?publicacao=55) – acessado em: 24/06/08).

SECCO, Lígia Maria Dal. Levantamento do custo procedimento de Hemodiálise Veno-venosa contínua em unidades de terapia intensiva. 2006. 88f. Dissertação ( Mestrado em Administração). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo

SERRA, José. **Ampliando o impossível: política de saúde do Brasil**. São Paulo, Editora Hutech, 2000.

SILVA, F H N., et. al. Critérios de Admissão na Unidade de terapia intensiva. In: GUIMARÃES, H P; FALCÃO, L F R; ORLANDO, J M C. Guia prático de UTI. São Paulo: Atheneu, 2008, p.39-42

SIQUEIRA, JE. A evolução científica e tecnológica, o aumento dos custos em saúde e a questão da universalidade do acesso. **Bioética (CFM)**, v. 5, n. 1, p.:41-48, 1997.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE TERAPIA INTENSIVA - SOBRATI. Disponível em: <http://www.sobradi.com.br>. Acesso em: 12 dez. 2008.

TELLES, Sandra Cristina R. E CASTILHO, Valéria. Custo de pessoal na assistência direta de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 15, n.5, setembro-outubro, 2007.

TERES, Daniel. The Value and Limits of Severity adjusted Mortality for ICU patients. **Journal of Critical Care**, V. 19, N. 4 , december, pp. 257-63, 2004.

THUNGJAROENKUL, Petsunee, KUNAVIKTIHUL, Wipada. Possibilities for cost containment in intensive care. **Nursing and Health Sciences**, v. 8, p. 237-40, 2006

TRANQUITELLI, Ana Maria; PADILHA, Kátia Grillo. Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em Unidade de Terapi Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**: São Paulo, v.41, n.1, p. 141-46, mar, 2007.

VIANNA, SM, PIOLA, SF. Reavaliando o gasto público em saúde. In: OPAS/OMS,

organizadores. **O financiamento da saúde no Brasil**. São Paulo: OPAS/OMS; 1994. p.30-36.

SCHOLES, Julie; ALBARRAN, John. You're fired! Sir Alan Sugar's responde to the case made by NHS financial managers. **Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care** , v. 11, n 3, p. 109-11, 2006. .

ZASLAVSKY, C. E GUS, I. Idoso. Doença cardíaca e comorbidades. Porto Alegre, **Arq. Bras. Cardiol**, v. 79, n. 6, p.635-639, 2002.

ZANON, Fernando; Caovillar, J. J.; MICHEL, R. S. ; CABECLAR, EV.; CERETTA, DF; LUCKEMEYER, GD.; BELTRAME, C. ; POSENATTO, N. Sepsis na unidade de terapia intensiva: etiologias, fatores prognósticos e mortalidade. **Revista Brasileira de Terapia intensiva**, v. 20, n 2, abril/junho, 2008.

WARD, Nicholas S, LEVY, Mitchell M Rationing and critical medicine. **Crit care med**, v. 35, n. 2, 2007.

WEBER, RJ; KANE, SL; ORIOLO, VA; SAUL,M; SKLEDAR, SJ; DASTA, JF. Impact of intensive care unit (ICU) drug use on hospital costs: a descriptive analysis, with recommendations fo optimizing ICU pharmacotherapy.**Critic care Med**, v. 31, n1, 2003.

**ANEXOS**

## ANEXO I - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES INTERNADOS NA UTI DO HBDF, 2008

Faculdade de Ciências da Saúde

Universidade de Brasília

Programa de Pós-graduação de Ciências da Saúde

Ficha de

### A- IDENTIFICAÇÃO

1. Código: \_\_\_\_ ( ) CORO ( ) TRAUMA ( ) GERAL ( ) PED
2. Idade \_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. REG: \_\_\_\_\_
3. Sexo: ( ) feminino ( ) masculino ( ) outros
4. Etnia: ( ) branco ( ) negro ( ) pardo ( ) outros
5. Estado civil: ( ) casado ( ) solteiro ( ) concubinato ( ) não se aplica
6. Grau de escolaridade: ( ) básico ( ) médio ( ) superior ( ) outros
7. Ocupação \_\_\_\_\_
8. Naturalidade \_\_\_\_\_
9. Procedência (unidade saúde) \_\_\_\_\_
10. Residência \_\_\_\_\_

### B- DADOS SOBRE A ADMISSÃO E ALTA NA UNIDADE

10. Data da admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Horas: \_\_\_\_\_
11. Data da alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Horas: \_\_\_\_\_
1. Tipo de alta: ( ) melhora ( ) transferência ( ) óbito  
( ) outros
12. Tempo de Internação: \_\_\_\_\_

### C – DIAGNÓSTICO DE BASE NA ADMISSÃO

- ( ) Neurológico: \_\_\_\_\_
- ( ) Respiratório: \_\_\_\_\_
- ( ) Gástrico: \_\_\_\_\_
- ( ) Cardiovascular: \_\_\_\_\_
- ( ) Renal: \_\_\_\_\_
- ( ) Hematológico: \_\_\_\_\_
- ( ) Endócrino: \_\_\_\_\_
- ( ) Congênito: \_\_\_\_\_
- ( ) outros: \_\_\_\_\_

### D- EXAMES PARA DIAGNÓSTICO:

**Exames laboratoriais**

<i>TIPO/DATA</i>						
Glicemia						
Bioquímica						
Gasometria						
Hemograma						
Coagulograma						
Hemograma						
Leucograma						
Urocultura						
Prova função hepática						
Amilase						
Swab nasal						
Swab retal						
Hemocultura						
Marcadores de necrose miocárdica						

**Exame complementares:** ECG \_\_\_\_\_ Raio X : \_\_\_\_\_

Tomografia: \_\_\_\_\_

 Ressonância

magnética: \_\_\_\_\_

 outros: \_\_\_\_\_**E- PROCEDIMENTOS****1. Enfermagem:**Sondagens  gástrica  vesical outrosCurativos  pequeno  médio grandeTipo de curativo  convencional 

cobertura \_\_\_\_\_

Banho:  leito  aspersão outrosAspiração endotraqueal:  traqueal  oral TOTAdministração de medicamentos via:  oral  parenteral  nasal



Oxigenoterapia:  cateter tipo óculos  outros  
 venturi  tenda  máscara de  cateter nasal  
 outros

Monitorização não invasiva

Venoclise: Acesso periférico: Acesso venoso Profundo:

Monitorização invasiva:  Swan Ganz  PAI  PIC  
 outros

Assistência de Enfermagem em:

Métodos dialíticos:

Diálise peritoneal duração em horas:  
 HD convencional duração em horas:  
 HD lenta duração em horas:  
 Outros

Parada Cardio respiratória

Procedimentos Invasivos:

Pericardiocentese  
 Drenagem Torácica  
 Broncoscopia  
 Passagem de Marcapsso transcutâneo e transvenoso  
 Cardioversão elétrica  
 Balão intra-aórtico  
 Cistostomia  
 outros

2 Médico

Pericardiocentese  
 Drenagem Torácica  
 Broncoscopia  
 Passagem de Marcapsso transcutâneo e transvenoso  
 Cardioversão elétrica  
 Balão intra-aórtico  
 Cistostomia  
 outros

Métodos Dialíticos:  HD lenta  HD convencional  
 diálise peritoneal  outros

Troca de bolsa colostomia:

Troca selo d'água de dreno:  pleural  mediastinal  
 outros

Tempo de Ventilação mecânica:  invasiva  invasiva  outros

## E – MEDICAÇÃO

<b>TIPO/DATA</b>					
antibioticoterapia					
Antiinflamatório					
Analgésico					
Sedativos					
Drogas vasoativas					
Protetor gástrico					

Cirurgias:

( ) Cardíaca \_\_\_\_\_

( ) neurológica \_\_\_\_\_

( ) geral \_\_\_\_\_

( ) outros \_\_\_\_\_

Quanto ao porte: ( ) grande ( ) médio ( )  
pequeno

### 1- Avaliação da Enfermagem

Prescrição

Evolução

### 2- Fisioterapia

Fisioterapia respiratória

Fisioterapia motora

### 3- Nutrição

Avaliação nutricional

NPT/NPP

Dieta por via oral

Dieta parenteral

Dieta enteral

**ANEXO II - TABELA DE PREÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
0202010210	Dosagem de Cálcio	1,85	0,00
0202010228	Dosagem de Cálcio ionizável	3,52	0,00
0202010260	Dosagem de cloreto	1,85	0,00
0202010279	Dosagem de colesterol HDL	3,51	0,00
0202010287	Dosagem de colesterol LDL	3,51	0,00
0202010295	Dosagem colesterol total	1,85	0,00
0202010317	Dosagem de cratinina	1,85	0,00
0202010325	Dosagem de creatino fofquinase (CPK)	3,68	0,00
0802010130	Diária de Unidade de terapia intensiva em neonatologia (UTI III)	0,00	508,63
0802010091	Diária de Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI III)	0,00	508,63
0802010075	Diária de Unidade de Terapia intensiva em pediatria (UTI III)	0,00	508,63
0801010047	Incentivo ao registro civil de nascimento	0,00	5,00
0702100099	Dilatador p/ implante de cateter duplo lúmen	21,59	0,00
0702100021	Cateter p/ subclávia duplo lúmen hemodiálise	64,76	0,00
0702050121	Conjunto descartável de balão intra-aórtico	0,00	1.823,94
07.02.05.0075	Cateter de termodiluição contínua	0,00	518,70
0702050067	Cateter de termodiluição	0,00	237,02
0702050024	Cânula para traqueostomia s/ balão	0,00	8,93
0702040401	Introdutor de punção p/ implantação de eletrodo endocárdico	0,00	126,89
0603070019	Albumina humana 20 por cento (frasco ampola de 50 ml)	0,00	55,00

CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
0202010210	Dosagem de Cálcio	1,85	0,00
0202010228	Dosagem de Cálcio ionizável	3,52	0,00
0202010260	Dosagem de cloreto	1,85	0,00
0202010279	Dosagem de colesterol HDL	3,51	0,00
0202010287	Dosagem de colesterol LDL	3,51	0,00
0202010295	Dosagem colesterol total	1,85	0,00
0202010317	Dosagem de cratinina	1,85	0,00
0202010325	Dosagem de creatino fofuquinase (CPK)	3,68	0,00
0603050034	Estreptoquinase 250000 UI	0,00	72,86
0603050026	Cloridrato de tirofíbana	0,00	411,20
0603020054	Ciclosporina 50 mg injetável (por frasco-ampola)	0,00	10,95
0603020046	Ciclosporina 25mg (por cápsula)	0,00	1,50
0603020038	Ciclosporina 100 mg/ml solução oral	0,00	282,60
0603020020	Ciclosporina 100mg (por cápsula)	0,00	5,65
0601300025	Octreotida lar 30 mg/ml Infetável( por frasco-ampola)	3.006,35	0,00
0603020011	Ciclosporina 50mg (por cápsula )	1,55	0,00
0603010016	Metilprednisolna 500 mg injetável (por ampola)	15,80	0,00
0601300041	Octreotida lar 20 mg/ml injetável (por frasco ampola)	17,05	0,00
0601300033	Octreotida 0,1 mg/ml injetável( por ampola)	17,05	0,00
0601300017	Octreotida lar 10 mg/ ml injetável (por frasco ampola)	1447,60	0,00
0601200012	Azatioprina 50 mg (por comprimido)	0,14	0,00
0601180232	Sinvastatina (J) 80 mg (por comprimido)	0,52	0.00

CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
0202010210	Dosagem de Cálcio	1,85	0,00
0202010228	Dosagem de Cálcio ionizável	3,52	0,00
0202010260	Dosagem de cloreto	1,85	0,00
0202010279	Dosagem de colesterol HDL	3,51	0,00
0202010287	Dosagem de colesterol LDL	3,51	0,00
0202010295	Dosagem colesterol total	1,85	0,00
0202010317	Dosagem de cratinina	1,85	0,00
0202010325	Dosagem de creatino fofuquinase (CPK)	3,68	0,00
0601180224	Sinvastatina (J) 5 mg (por comprimido)	0,14	0,00
0601180216	Siinvastatina (J) 40 mg (por coprimido)	0,16	0,00
0601180208	Sinvastatina (J) 20 mg (por comprimido)	0,07	0,00
0601180186	Pravastatina (J) 40 mg (por comprimido)	0,69	0,00
0601180178	Pravastatina (J) 20mg (por comprimido)	0,37	0,00
0601180160	Pravastatina (J) 10 mg (por comprimido)	0,24	0,00
0601060024	Ciprofloxacina 500 mg (por comprimido)	0,13	0,00
CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
0601060016	Ciprofloxacina 250 mg ( por comprimido)	0,14	0,00
0415040019	Cateterismo de veia central (por punção)	15,00	15,00
0415030013	Tratamento cirúrgico em politrauma	0,00	0,00
0412040182	Tratamento cirúrgico de defeitos congênitos do tórax	0,00	949,29
0412040140	Toracocentese	12,97	12,97
0412030039	Drenagem de pneumotorax	13,54	0,00
0412030020	Drenagem de Pleura	13,54	13,54

CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
0202010210	Dosagem de Cálcio	1,85	0,00
0202010228	Dosagem de Cálcio ionizável	3,52	0,00
0202010260	Dosagem de cloreto	1,85	0,00
0202010279	Dosagem de colesterol HDL	3,51	0,00
0202010287	Dosagem de colesterol LDL	3,51	0,00
0202010295	Dosagem colesterol total	1,85	0,00
0202010317	Dosagem de cratinina	1,85	0,00
0202010325	Dosagem de creatino fofuquinase (CPK)	3,68	0,00
0406030120	Valvuloplastia Mitral percutânea	0,00	1739,19
0406030111	Valvuloplastia percutânea	0,00	1739,19
0406030073	Angioplastia enxerto coronariano ( com implante de Stent)	0,00	1575,72
0406030065	Angioplastia em enxerto coronariano	0,00	1575,72
0406030049	Angioplastia coronariana primária (inclui cateterismo)	0,00	1668,72
0406030030	Angioplastia coronariana com implante de stent	0,00	1575,72
0406030022	Angioplastia coronariana com implante de dois stents	0,00	1575,72
0406030001	Angioplastia coronariana	0,00	1575,72
0406010951	Revascularização miocárdica sem uso de extracorporea ( com 2 ou mais)	0,00	6271,27
0406010943	Revascularização miocárdica sem uso de extracorporea	0,00	6271,27
0406010935	Revascularização miocárdica com uso de extra corporea ( com 2 ou mais	0,00	4358, 71
0406010927	Revascularização miocárdica com uso de extra	0,00	4287,21

CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
0202010210	Dosagem de Cálcio	1,85	0,00
0202010228	Dosagem de Cálcio ionizável	3,52	0,00
0202010260	Dosagem de cloreto	1,85	0,00
0202010279	Dosagem de colesterol HDL	3,51	0,00
0202010287	Dosagem de colesterol LDL	3,51	0,00
0202010295	Dosagem colesterol total	1,85	0,00
0202010317	Dosagem de cratinina	1,85	0,00
0202010325	Dosagem de creatino fofuquinase (CPK)	3,68	0,00
	corporea		
CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
046010811	Plastica valvar com revascularização miocárdica	0,00	4421,12
0406010749	Manutenção de assistência circulatória prolongada	0,00	188,18
0406010773	Pericardiocentese	0,00	242,97
0406010803	Plastica valvar	0,00	4.279,58
0406010820	Plástica valvar e ou troca valvar múltipla	0,00	4.448,55
0406010722	Instalação de cateter de termodiluição	0,00	20,00
0406010714	Instalação de assistência circulatória	0,00	266,18
0406010692	Implante de prótese valvar	0,00	4.411,58
070204274	Eletrodo para marcapasso temporário epicárdio	0,00	28,99
070204266	Eletrodo para marcapasso temporário endocárdico	0,00	221,78
0406010684	Implante de marcapasso temporário transvenoso	0,00	364,75
040601676	Implante de marcapasso de câmara única transvenoso	0,00	1.657,90
0406010650	Implante de marcapasso de câmara dupla	0,00	926,43

CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
0202010210	Dosagem de Cálcio	1,85	0,00
0202010228	Dosagem de Cálcio ionizável	3,52	0,00
0202010260	Dosagem de cloreto	1,85	0,00
0202010279	Dosagem de colesterol HDL	3,51	0,00
0202010287	Dosagem de colesterol LDL	3,51	0,00
0202010295	Dosagem colesterol total	1,85	0,00
0202010317	Dosagem de cratinina	1,85	0,00
0202010325	Dosagem de creatino fofuquinase (CPK)	3,68	0,00
	transvenoso		
0406010129	Colocação de balão intra - aortico	0,00	45,00
0403010314	Tratamento cirúrgico de hematoma subdural crônico	0,00	1273,36
0403010306	Tratamento cirúrgico de hematoma subdural agudo	0,00	1273,36
0403010284	Tratamento cirúrgico de hamtoma intracerebral	0,00	1.147,19
0403010276	Tratamento cirúrgico de hematoma extradural	0,00	1.273,36
0403010268	Tratamento cirúrgico de fratura do crânio co afundamento	0,00	1.060,88
0403010217	Tratamento cirúrgico de craniossinostose complexa	0,00	1.794,53
0403010209	Trtamento cirúrgico de craniossinostose sutura única	0,00	677,15
0401010031	Drenagem de abscesso	0,00	0,00
CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
0309040027	Cardioversão elétrica	12,53	0,00
0309040019	Avaliação de marcapasso	0,00	0,00
0305010034	Diálise peritoneal para pacientes renais agudos	0,00	11,42



CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
0202010210	Dosagem de Cálcio	1,85	0,00
0202010228	Dosagem de Cálcio ionizável	3,52	0,00
0202010260	Dosagem de cloreto	1,85	0,00
0202010279	Dosagem de colesterol HDL	3,51	0,00
0202010287	Dosagem de colesterol LDL	3,51	0,00
0202010295	Dosagem colesterol total	1,85	0,00
0202010317	Dosagem de cratinina	1,85	0,00
0202010325	Dosagem de creatino fofuquinase (CPK)	3,68	0,00
0305010026	Diálise peritoneal intermitente DPI ( máximo 2 sessões por semana)	121,51	0,00
0303040203	Tratamento de doenças Neuro-degenerativas	0,00	174,84
0303040211	Tratamento de Encefalopatia hipertensiva	0,00	189,65
030304220	Tratamento de esclerose generalizada progressiva	0,00	174,84
0303040238	Tratamento de fratura da coluna vertebral com lesão da medula espinha	0,00	298,42
0303040246	Tratamento de intercorrências de doenças neuromusculares	0,00	228,44
0303060255	Tratamento de parada cardíaca com ressuscitação bem sucedida	0,00	326,43
0303110104	Tratamento de outras malformações congênicas	0,00	189,61
0303110112	Tratamento de outras malformações congênicas do aparelho digestivo	0,00	366,74
0303020032	Tratamento de anemia aplastica e outras anemias	0,00	413,41
0303030038	Tratamento de diabetes mellitus	0,00	360,80
0303030046	Tratamento de distúrbios metabólicos	0,00	139,42
0303040076	Tratamento conservador da hemorragia cerebral	0,00	329,26
0303040084	Tratamento conservador de traumatismo	0,00	242,10

CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
0202010210	Dosagem de Cálcio	1,85	0,00
0202010228	Dosagem de Cálcio ionizável	3,52	0,00
0202010260	Dosagem de cloreto	1,85	0,00
0202010279	Dosagem de colesterol HDL	3,51	0,00
0202010287	Dosagem de colesterol LDL	3,51	0,00
0202010295	Dosagem colesterol total	1,85	0,00
0202010317	Dosagem de cratinina	1,85	0,00
0202010325	Dosagem de creatino fofuquinase (CPK)	3,68	0,00
	cranioencefálico (grau leve)		
0303040092	Tratamento conservador de traumatismo cranioencefálico ( grau médio)	0,00	329,26
0303040106	Tratamento conservador de traumatismo cranioencefálico grave	0,00	718,28
0303040114	Tratamento conservador de traumatismo raqui medular	0,00	329,26
0303040149	Tratamento acidente vascular cerebral – AVC (isquêmico ou hemorrágico)	0,00	463,21
0303040157	Tratamento de complicações da hidrocefalia	0,00	341,65
0202010333	Dosagem Creatinofosfoquinase fração MB	4,12	0,00
0202010350	Dosagem de desidrogenase glutâmica	3,51	0,00
0202010368	Dosagem de desidrogenase lática	3,68	0,00
0202010376	Dosagem de desidrogenase lática (isoenzimas fracionadas)	3,68	0,00
0202010414	Dosagem de fosfatase ácida	2,01	0,00
0202010422	Dosagem fosfatase alcalina	2,00	0,00
0202010430	Dosagem fósforo	1,85	0,00
0202010473	Dosagem de glicose	1,85	0,00

CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
0202010210	Dosagem de Cálcio	1,85	0,00
0202010228	Dosagem de Cálcio ionizável	3,52	0,00
0202010260	Dosagem de cloreto	1,85	0,00
0202010279	Dosagem de colesterol HDL	3,51	0,00
0202010287	Dosagem de colesterol LDL	3,51	0,00
0202010295	Dosagem colesterol total	1,85	0,00
0202010317	Dosagem de cratinina	1,85	0,00
0202010325	Dosagem de creatino fofuquinase (CPK)	3,68	0,00
0202010481	Dosagem de glicose 6 fosfato desidrogenase	3,68	0,00
0202010538	Dosagem de lactato	3,60	0,00
0202010562	Dosagem de magnésio	2,01	0,00
0202010600	Dosagem de potássio	1,85	0,00
0202010619	Dosagem de proteínas totais	1,40	0,00
0202010627	Dosagem de proteínas totais e frações	1,85	0,00
0202010635	Dosagem de sódio	1,85	0,00
0202010643	Dosagem de transaminase glutâmico oxalacética (TGO)	2,01	0,00
0202010651	Dosagem de transaminase glutâmico pirúvica (TGP)	2,01	0,00
0202010678	Dosagem de triglicerídios	3,51	0,00
0202010694	Dosagem de uréia	1,85	0,00
0202010708	Dosagem de vitamina B12	15,24	0,00
CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
0202020029	Contagem de plaquetas	2,73	0,00

CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
0202010210	Dosagem de Cálcio	1,85	0,00
0202010228	Dosagem de Cálcio ionizável	3,52	0,00
0202010260	Dosagem de cloreto	1,85	0,00
0202010279	Dosagem de colesterol HDL	3,51	0,00
0202010287	Dosagem de colesterol LDL	3,51	0,00
0202010295	Dosagem colesterol total	1,85	0,00
0202010317	Dosagem de cratinina	1,85	0,00
0202010325	Dosagem de creatino fofuquinase (CPK)	3,68	0,00
0202020134	Determinação de tempo de tromboplastina parcial ativa( TTPA ativada)	5,77	0,00
0202020142	Determinação de tempo e atividade da protombina ( TAP)	2,73	0,00
0202020150	Determinação de velocidade de hemodissedimentação (VHS)	2,73	0,00
0202020304	Dosagem de hemoglobina	1,53	0,00
0202020363	Eritrograma (eritrócitos, hemoglobina, hematócrito)	2,73	0,00
0202020371	Hematócrito	1,53	0,00
0202020380	Hemograma completo	4,11	0,00
0202020398	Leucograma	2,73	0,00
0204030137	Radiografia de tórax (PA+ inspiração+expiração lateral)	14,32	0,00
0204030145	Radiografia de tórax (PA+lateral oblíqua)	12,02	0,00
0204030153	Radiografia de tórax (PA e perfil)	9,5	0,00
0204030170	Radiografia de tórax (PA)	6,88	0,00
0206010028	Tomografia computadorizada de coluna lombo sacra com ou sem contraste	101,01	101,01

CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
0202010210	Dosagem de Cálcio	1,85	0,00
0202010228	Dosagem de Cálcio ionizável	3,52	0,00
0202010260	Dosagem de cloreto	1,85	0,00
0202010279	Dosagem de colesterol HDL	3,51	0,00
0202010287	Dosagem de colesterol LDL	3,51	0,00
0202010295	Dosagem colesterol total	1,85	0,00
0202010317	Dosagem de cratinina	1,85	0,00
0202010325	Dosagem de creatino fofuquinase (CPK)	3,68	0,00
0206010036	Tomografia computadorizada de coluna torácica com ou sem contraste	86,76	86,76
0206010079	Tomografia computadorizada de Crânio	97,44	97,44
0206020031	Tomografia computadorizada de tórax	136,41	136,41
0206020040	Tomografia de hemitórax mediastino (por plano)	0,00	136,41
0206030010	Tomografia computadorizada do abdômen superior	138,63	138,63
0207010030	Ressonância magnética de coluna cervical	268,75	268,75
0207010056	Ressonância magnética de coluna torácica	268,75	268,75
CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
0207010064	Ressonância magnética de crânio	268,75	268,75
0207020035	Ressonância magnética de tórax	268,75	268,75
0207030014	Ressonância magnética de abdômen superior	268,75	268,75
0207030022	Ressonância magnética de bacia/ pelve	268,75	268,75
0211020010	Cateterismo cardíaco	614,72	614,72
0211020036	Eletrocardiograma	0,00	0,00
0213010437	Isolamento do vírus da raiva	0,00	0,00

CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
0202010210	Dosagem de Cálcio	1,85	0,00
0202010228	Dosagem de Cálcio ionizável	3,52	0,00
0202010260	Dosagem de cloreto	1,85	0,00
0202010279	Dosagem de colesterol HDL	3,51	0,00
0202010287	Dosagem de colesterol LDL	3,51	0,00
0202010295	Dosagem colesterol total	1,85	0,00
0202010317	Dosagem de cratinina	1,85	0,00
0202010325	Dosagem de creatino fofuquinase (CPK)	3,68	0,00
0301100047	Cateterismo vesical de alívio	0,00	0,00
0301100055	Cateterismo vesical de demora	0,00	0,00
0301100012	Administração de medicamento na atenção especializada (por paciente)	0,63	0,00
0301100080	Determinação de pressão venosa central (PVC)	0,00	0,00
0301100110	Irrigação vesical	0,00	0,00
0301100128	Lavagem gástrica	0,00	0,00
0301100179	Sondagem gástrica	0,00	0,00
0302010033	Atendimento fisioterápico em paciente neonato	0,00	6,35
0303030046	Tratamento de distúrbio metabólico	0,00	139,42
0303060018	Tratamento de aneurisma de aorta	0,00	292,89
0303060026	Tratamento de arritmias	0,00	219,63
0303060034	Tratamento cardiopatia hipertrófica	0,00	262, 55
0303060042	Tratamento de cardiopatia isquêmica crônica	0,00	246,48
0303060069	Tratamento de choque cardiogênico	0,00	436,79
0303060077	Tratamento hipovolêmico	0,00	326, 43

CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
0202010210	Dosagem de Cálcio	1,85	0,00
0202010228	Dosagem de Cálcio ionizável	3,52	0,00
0202010260	Dosagem de cloreto	1,85	0,00
0202010279	Dosagem de colesterol HDL	3,51	0,00
0202010287	Dosagem de colesterol LDL	3,51	0,00
0202010295	Dosagem colesterol total	1,85	0,00
0202010317	Dosagem de cratinina	1,85	0,00
0202010325	Dosagem de creatino fofuquinase (CPK)	3,68	0,00
0303060085	Tratamento de complicações cardíacas pós-cirurgia	0,00	251,35
0303060093	Tratamento de complicações de dispositivos protéticos implantes	0,00	200,72
0303060107	Tratamento de crise hipertensiva	0,00	189,67
0303060131	Tratamento de edema agudo de pulmão	0,00	635,03
0303060140	Tratamento de embolia pulmonar	0,00	512,78
0303060158	Tratamento de endocardite infecciosa em prótese valvar	0,00	880,00
0303060166	Tratamento de endocardite infecciosa em válvula nativa	0,00	880,00
0303060174	Tratamento de hipertensão pulmonar	0,00	512,78
0303060182	Tratamento de hipertensão secundária	0,00	172,74
0303060190	Tratamento de infarto agudo do miocárdio	0,00	509,72
0303060204	Tratamento de insuficiência arterial com isquemia crítica	0,00	321,68
0303060212	Tratamento de insuficiência cardíaca	0,00	699,46
0303060239	Tratamento de miocardiopatias	0,00	265,55
0303060255	Tratamento de para cardíaca com ressuscitação bem sucedida	0,00	326,43

CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
0202010210	Dosagem de Cálcio	1,85	0,00
0202010228	Dosagem de Cálcio ionizável	3,52	0,00
0202010260	Dosagem de cloreto	1,85	0,00
0202010279	Dosagem de colesterol HDL	3,51	0,00
0202010287	Dosagem de colesterol LDL	3,51	0,00
0202010295	Dosagem colesterol total	1,85	0,00
0202010317	Dosagem de cratinina	1,85	0,00
0202010325	Dosagem de creatino fofuquinase (CPK)	3,68	0,00
0303060271	Tratamento de pericardite	0,00	212,90
0303060280	Tratamento de síndrome coronária aguda	0,00	246,48
0303060298	Tratamento de trombose venosa profunda	0,00	322,48
0303140062	Tratamento de cardiopatia pulmonar não especificada ( <i>por cor pulmonale</i> )	0,00	623, 26
0305010042	Hemodiálise contínua	0,00	11,42
0305010050	Hemodiálise I (mínimo 1 sessão por semana excepcionalidade)	0,00	0,00
0305010069	Hemodiálise I ( mínimo 3 por sessão por semana	0,00	0,00
0305010093	Hemodiálise II ( mínimo 1 sessão por semana)	143,89	0,00
0305010131	Hemodiálise para pacientes renais agudos crônicos agudizados	111,42	0,00
CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
0305010140	Hemofiltração	107,96	0,00
0305010158	Hemofiltração contínua	107,96	0,00
0305020048	Tratamento de insuficiência renal aguda	246,89	0,00
0305020056	Tratamento de insuficiência renal crônica	0,00	449,65



CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
0202010210	Dosagem de Cálcio	1,85	0,00
0202010228	Dosagem de Cálcio ionizável	3,52	0,00
0202010260	Dosagem de cloreto	1,85	0,00
0202010279	Dosagem de colesterol HDL	3,51	0,00
0202010287	Dosagem de colesterol LDL	3,51	0,00
0202010295	Dosagem colesterol total	1,85	0,00
0202010317	Dosagem de cratinina	1,85	0,00
0202010325	Dosagem de creatino fofuquinase (CPK)	3,68	0,00
0306010011	Coleta de sangue para transfusão	22,00	0,00
0306020068	Transfusão de concentrado de hemácias	8,39	8,39
0306020076	Transfusão de concentrado de plaquetas	8,39	8,39
0306020084	Transfusão de crioprecipitado	8,39	8,39
0306020106	Transfusão de plasma fresco	8,39	8,39
0308010035	Tratamento de traumatismo com lesão de órgão intra-torácico e intra-	0,00	251,96
0308010043	Tratamento de traumatismo envolvendo múltiplas regiões do corpo	0,00	257,32
0301100160	Sondagem enteral revogado em 05\09	0,00	0,00
0309010047	Nutrição enteral em adulto	0,00	30,00
0309010055	Nutrição enteral em neonatologia	0,00	18,00
0309010063	Nutrição enteral em pediatria	0,00	18,00
0309010071	Nutrição parenteral em adulto	0,00	60,00
0309010080	Nutrição parenteral em neonatologia	0,00	30,00
0309010098	Nutrição parenteral em pediatria	0,00	45,00
0309010101	Passagem de sonda naso entérica ( inclui material)	0,00	28,00

CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
0202010210	Dosagem de Cálcio	1,85	0,00
0202010228	Dosagem de Cálcio ionizável	3,52	0,00
0202010260	Dosagem de cloreto	1,85	0,00
0202010279	Dosagem de colesterol HDL	3,51	0,00
0202010287	Dosagem de colesterol LDL	3,51	0,00
0202010295	Dosagem colesterol total	1,85	0,00
0202010317	Dosagem de cratinina	1,85	0,00
0202010325	Dosagem de creatino fofuquinase (CPK)	3,68	0,00
0401010015	Curativo grau II com ou sem desbridamento ( por pacientes)	32,40	32,40
01010023	Curativo grau I com ou sem desbridamento ( por pacientes)		
0403010020	Craniotomia descompressiva	0,00	677,13
CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
0403010039	Craniotomia descompressiva da fossa posterior	0,00	1.060,88
0403010101	Derivação ventricular par peritônio/átrio/raque	0,00	1.273,30
0406010188	Correção de coarctação da aorta	0,00	4.434,61
0406010340	Correção de insuficiência da válvula tricúspide	0,00	8.831,25
0406010358	Correção de insuficiência mitral congênita	0,00	7276,70
0406010412	Correção de persistência do canal arterial no recém nascido	0,00	19.690,52
0406010420	Correção de tetralogia de Fallot e variantes ( 0 a3 anos)	0,00	12.536,65
0406010439	Correção de tetralogia de fallot e variantes ( 04 a	0,00	9.937,13

CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
0202010210	Dosagem de Cálcio	1,85	0,00
0202010228	Dosagem de Cálcio ionizável	3,52	0,00
0202010260	Dosagem de cloreto	1,85	0,00
0202010279	Dosagem de colesterol HDL	3,51	0,00
0202010287	Dosagem de colesterol LDL	3,51	0,00
0202010295	Dosagem colesterol total	1,85	0,00
0202010317	Dosagem de cratinina	1,85	0,00
0202010325	Dosagem de creatino fofuquinase (CPK)	3,68	0,00
	110)		
0406010447	Correção de transposição dos grandes vasos da base ( 0 a 03 anos)	0,00	12.535,65
0406010455	Correção de transposição dos grandes vasos da base ( 0 a 110 anos)	0,00	12.536,65
0406010463	Correção de tronco arterioso persistente	0,00	12.536,65
0406010536	Fechamento de comunicação interatrial	0,00	4.942,40
0406010544	Fechamento de comunicação interventricular	0,00	4.942,40
0211020010	Cateterismo cardíaco	614,72	614,72
0213010232	Imuno fluorescência direta para identificação do vírus da raiva	0,00	0,00
0213010437	Isolamento do vírus da raiva	0,00	0,00
0301010072	Consulta médica em atenção especializada	10,00	0,00
0301100039	Aferição de pressão arterial	0,00	0,00
0301100098	Enema	0,00	0,00
0301100101	Inalação/ nebulização	0,00	0,00
0301100144	Oxigenoterapia	0,00	0,00

CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
0202010210	Dosagem de Cálcio	1,85	0,00
0202010228	Dosagem de Cálcio ionizável	3,52	0,00
0202010260	Dosagem de cloreto	1,85	0,00
0202010279	Dosagem de colesterol HDL	3,51	0,00
0202010287	Dosagem de colesterol LDL	3,51	0,00
0202010295	Dosagem colesterol total	1,85	0,00
0202010317	Dosagem de cratinina	1,85	0,00
0202010325	Dosagem de creatino fofuquinase (CPK)	3,68	0,00
CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
0301100187	Terapia de rehidratação	0,00	0,00
0302010017	Atendimento em pacientes no pré operatório cirurgias	6,35	6,35
0302010025	Atendimento fisioterápico em pacientes com disfunções	6,35	6,35
0302010033	Atendimento em paciente neonato	6,35	6,35
0302020020	Atendimento fisioterápico em pacientes oncológico clínico	4,67	4,67
0302020039	Atendimento em paciente no pré/pós cirurgia	6,35	6,35
0302040013	Atendimento fisioterápico em pacientes com transtorno respiratório com complicações sistêmica	6,35	6,35
0302040021	Atendimento fisioterápico em paciente com transtorno respiratório sem complicações	4,67	4,67
0302040048	Atendimento fisioterápico em paciente pré/pós cirurgia cardiovascular	6,35	6,35
0302060014	Atendimento fisioterápico em paciente com distúrbios neuro clinico	4,67	4,67

CÓDIGO	TIPO DE EXAME OU PROCEDIMENTO	PREÇOS (R\$)	
		Ambulatorial	Hospitalar
0202010210	Dosagem de Cálcio	1,85	0,00
0202010228	Dosagem de Cálcio ionizável	3,52	0,00
0202010260	Dosagem de cloreto	1,85	0,00
0202010279	Dosagem de colesterol HDL	3,51	0,00
0202010287	Dosagem de colesterol LDL	3,51	0,00
0202010295	Dosagem colesterol total	1,85	0,00
0202010317	Dosagem de cratinina	1,85	0,00
0202010325	Dosagem de creatino fofuquinase (CPK)	3,68	0,00
0302060030	Atendimento fisioterápico em pacientes com transtorno clínico cardiovascular	4,67	4,67

**Fonte:** ( disponível no site do DATASUS)

## **ANEXO III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a) senhor(a):

Venho através deste termo solicitar sua participação na pesquisa: **Custo com assistência de pacientes internado na terapia intensiva de um Hospital público do DF, 2008.**

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar custos com a internação de pacientes em unidades de terapia intensiva, verificar taxa de permanência dos pacientes de acordo com diagnóstico e motivos de saída e Calcular custos com assistência prestada pelas equipes de enfermagem, médica, nutrição e fisioterapia. E ressaltamos que as informações serão levantadas a partir de seu prontuário e serão analisadas junto com as dos demais pacientes, sem qualquer tipo de divulgação individual. Reforço ainda que sua contribuição deverá ser voluntária e que em qualquer fase da pesquisa poderá desistir de participar sem prejuízos para seu tratamento.

Assim, caso seja de livre e espontânea vontade sua participação, solicito que assine o termo de autorização abaixo que será impresso em duas cópias (uma para o participante e outra para o pesquisador)

Eu abaixo assinado....., concordo em participar voluntariamente, de estudo sobre Avaliação do custo de pacientes Internado em Unidade de Tterapia Intensiva, realizado por Ana Cristina dos Santos, aluna do Curso de Mestrado da Faculdade de Ciências da Saúde/Universidade de Brasília. Neste sentido, fui devidamente informado(a) pela aluna pesquisadora, sobre os objetivos da pesquisa e, que posso, se assim desejar, não participar do estudo, sem nenhum prejuízo. A orientação do trabalho está a cargo do Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro, da Faculdade de Ciências da Saúde/Universidade de Brasília. Em caso de dúvida, favor manter contato pelo telefone.

Assinatura.....

Testemunha.....

Assinatura do pesquisador.....

Local e data.....

Ana Cristina dos Santos (Telefone, 9963 2007),

Orientador: Prof. Pedro Sadi Monteiro (Telefone, 3307 21 40),

Comitê de Ética e Pesquisa do Secretaria de Saúde do DF (Telefone, 33 25 49 55).

## ANEXO IV - CARREIRA DE ENFERMEIRO - TABELA DE ESCALONAMENTO VERTICAL

VIGÊNCIA: SETEMBRO/2008 (Reajuste 10% tabela de Vencimento Básico)

CARGO	CLASSE	PADRÃO	VENCIM.	GAE 230%	PARC. IND. FIXA	REMUN			
ENFERMEIRO - 20 HORAS	ESPECIAL	V	1.309,37	3.011,53	59,87	4.380,77			
		IV	1.283,70	2.952,50	59,87	4.296,08			
		III	1.258,52	2.894,59	59,87	4.212,98			
		II	1.233,85	2.837,85	59,87	4.131,57			
		I	1.209,65	2.782,20	59,87	4.051,72			
	PRIMEIRA	VI	1.141,19	2.624,72	59,87	3.825,77			
		V	1.118,81	2.573,26	59,87	3.751,95			
		IV	1.096,87	2.522,79	59,87	3.679,53			
		III	1.075,36	2.473,32	59,87	3.608,56			
		II	1.054,28	2.424,84	59,87	3.539,00			
	SEGUNDA	I	1.033,61	2.377,29	59,87	3.470,77			
		VII	975,10	2.242,71	59,87	3.277,68			
		VI	955,98	2.198,75	59,87	3.214,60			
		V	937,24	2.155,63	59,87	3.152,74			
		IV	918,86	2.113,37	59,87	3.092,10			
	TERCEIRA	III	900,84	2.071,93	59,87	3.032,64			
		II	883,18	2.031,31	59,87	2.974,36			
		I	865,86	1.991,46	59,87	2.917,19			
		VII	816,85	1.878,75	59,87	2.755,47			
		VI	800,83	1.841,91	59,87	2.702,61			
	ENFERMEIRO - 20/40 HORAS	ESPECIAL	V	2.618,73	6.023,07	59,87	8.701,67		
IV			2.567,40	5.905,02	59,87	8.532,29			
III			2.517,05	5.789,19	59,87	8.366,11			
II			2.467,70	5.675,71	59,87	8.203,28			
I			2.419,31	5.564,40	59,87	8.043,58			
PRIMEIRA	VI	2.282,37	5.249,45	59,87	7.591,69				
	V	2.237,63	5.146,53	59,87	7.444,03				
	IV	2.193,74	5.045,59	59,87	7.299,19				
	III	2.150,73	4.946,66	59,87	7.157,25				
	II	2.108,57	4.849,70	59,87	7.018,13				
SEGUNDA	I	2.067,22	4.754,59	59,87	6.881,68				
	VII	1.950,19	4.485,44	59,87	6.495,50				
	VI	1.911,96	4.397,51	59,87	6.369,34				
	V	1.874,47	4.311,28	59,87	6.245,62				
	IV	1.837,72	4.226,75	59,87	6.124,34				
TERCEIRA	III	1.801,68	4.143,86	59,87	6.005,42				
	II	1.766,36	4.062,63	59,87	5.888,86				
	I	1.731,71	3.982,93	59,87	5.774,52				
	VII	1.633,70	3.757,50	59,87	5.451,07				
	VI	1.601,67	3.683,82	59,87	5.345,36				
ENFERMEIRO - 20/40 HORAS (COM GCET)	ESPECIAL	V	1.570,27	3.611,61	59,87	5.241,75			
		IV	1.539,48	3.540,79	59,87	5.140,13			
		III	1.509,28	3.471,34	59,87	5.040,50			
		II	1.479,69	3.403,29	59,87	4.942,85			
		I	1.450,68	3.336,55	59,87	4.847,10			
PRIMEIRA	VI	1.395,19	3.249,45	59,87	4.744,03				
	V	1.363,70	3.173,26	59,87	4.644,03				
	IV	1.332,27	3.100,79	59,87	4.544,03				
	III	1.301,78	3.032,32	59,87	4.444,03				
	II	1.271,29	2.963,85	59,87	4.344,03				
SEGUNDA	I	1.240,80	2.895,38	59,87	4.244,03				
	VII	1.190,31	2.806,89	59,87	4.144,03				
	VI	1.160,82	2.738,40	59,87	4.044,03				
	V	1.131,33	2.670,91	59,87	3.944,03				
	IV	1.101,84	2.602,42	59,87	3.844,03				
TERCEIRA	III	1.072,35	2.533,93	59,87	3.744,03				
	II	1.042,86	2.465,44	59,87	3.644,03				
	I	1.013,37	2.396,95	59,87	3.544,03				
	VII	963,88	2.308,46	59,87	3.444,03				
	VI	934,39	2.240,97	59,87	3.344,03				
ENFERMEIRO - 20/40 HORAS (COM GCET)	ESPECIAL	V	904,90	2.172,48	59,87	3.244,03			
		IV	875,41	2.104,99	59,87	3.144,03			
		III	845,92	2.037,50	59,87	3.044,03			
		II	816,43	1.970,01	59,87	2.944,03			
		I	786,94	1.902,52	59,87	2.844,03			
PRIMEIRA	VI	757,45	1.835,03	59,87	2.744,03				
	V	727,96	1.767,54	59,87	2.644,03				
	IV	698,47	1.700,05	59,87	2.544,03				
	III	668,98	1.632,56	59,87	2.444,03				
	II	639,49	1.565,07	59,87	2.344,03				
SEGUNDA	I	609,00	1.497,58	59,87	2.244,03				
	VII	579,51	1.430,09	59,87	2.144,03				
	VI	550,02	1.362,60	59,87	2.044,03				
	V	520,53	1.295,11	59,87	1.944,03				
	IV	491,04	1.227,62	59,87	1.844,03				
TERCEIRA	III	461,55	1.160,13	59,87	1.744,03				
	II	432,06	1.092,64	59,87	1.644,03				
	I	402,57	1.025,15	59,87	1.544,03				
	VII	373,08	957,66	59,87	1.444,03				
	VI	343,59	890,17	59,87	1.344,03				

### LEGENDA:

Carreira criada pela Lei nº 2.638/2000 e reestruturada pela Lei nº 3.322/2004.

A GAE - Gratificação de Atividade de Enfermagem, instituída pela Lei nº 3.322/2004, tem seu percentual alterado de 210% para 230% a partir de setembro de 2006, de acordo com a Lei nº 4.014/2007. A GAE incide sobre o vencimento básico correspondente ao padrão em que servidor estiver posicionado.

A parcela individual fixa, instituída pela Lei nº 3.172/2003, equivale a R\$ 59,87.

A GIABS - Gratificação de Incentivo às Ações Básicas de Saúde, criada pela Lei nº 318/1992, equivale a 10% para os servidores em exercício nos Centros de Saúde, Pólos de Saúde Urbanos e Postos de Assistência Médica e 20% para os servidores em exercício nos Postos de Saúde Rurais, incidentes sobre o vencimento do padrão em que o servidor estiver posicionado.

A Gratificação de Movimentação, criada pela Lei nº 318/1992, equivale a 10% para os servidores em exercício em unidades de saúde situadas em Regiões Administrativas, diversa daquela em que residam e 15% para os servidores em exercício em Postos de Saúde Rurais e unidades de saúde situadas nas Regiões Administrativas de Brasília e de Planaltina, desde que não residam nessas localidades.

GT - Gratificação de Titulação, criada pela Lei nº 3.322/2004, com vigência a partir de 01/01/2005, não poderá ultrapassar o percentual de 30% do vencimento básico.

A GCET - Gratificação por Condições Especiais de Trabalho, criada pela Lei nº 2.339/1999, equivale a 20% da remuneração inicial da carreira, aplicada aos servidores com jornada de 40 horas semanais, prestadas exclusivamente nos Centros e Postos de Saúde nas Regionais onde exista o Programa Saúde da Família.

A Lei nº 4.014/2007 altera o art.5º, caput, da Lei nº 3.322/2004, alterando a jornada de trabalho do enfermeiro, a partir de 1º de novembro de 2007, para vinte horas semanais.

Lei nº 4.203/2008, reajusta em 10% as Tabelas de Vencimentos Básicos das carreiras Assistência Pública à Saúde, de Cirurgião Dentista e de Enfermeiro, bem como os salários da Tabela de Empregos Comunitários do Quadro de Pessoal do Distrito Federal.



## ANEXO V – CARREIRA DE MÉDICA - TABELA DE ESCALONAMENTO VERTICAL

**Lei 4.193/2008 - Altera o vencimento básico da Carreira Médica**

**VIGÊNCIA: JUNHO/2008**

CARGO	CLASSE	PADRÃO	VENC	GAM 230%	PARC. INDIV. FIXA	REMUN
MÉDICO - 20 HORAS	ESPECIAL	V	1.706,65	3.925,30	59,87	5.691,82
		IV	1.689,75	3.886,43	59,87	5.636,05
		III	1.673,02	3.847,95	59,87	5.580,84
		II	1.656,46	3.809,86	59,87	5.526,19
		I	1.640,06	3.772,14	59,87	5.472,07
	PRIMEIRA	VI	1.477,53	3.398,32	59,87	4.935,72
		V	1.462,91	3.364,69	59,87	4.887,47
		IV	1.448,41	3.331,34	59,87	4.839,62
		III	1.434,07	3.298,36	59,87	4.792,30
		II	1.419,88	3.265,72	59,87	4.745,47
	SEGUNDA	I	1.405,81	3.233,36	59,87	4.699,04
		VII	1.304,70	3.000,81	59,87	4.365,38
		VI	1.291,78	2.971,09	59,87	4.322,74
		V	1.278,99	2.941,68	59,87	4.280,54
		IV	1.266,33	2.912,56	59,87	4.238,76
	TERCEIRA	III	1.253,78	2.883,69	59,87	4.197,34
		II	1.241,38	2.855,17	59,87	4.156,42
		I	1.229,09	2.826,91	59,87	4.115,87
		VII	1.117,26	2.569,70	59,87	3.746,83
		VI	1.106,20	2.544,26	59,87	3.710,33
TERCEIRA	V	1.095,24	2.519,05	59,87	3.674,16	
	IV	1.084,40	2.494,12	59,87	3.638,39	
	III	1.073,66	2.469,42	59,87	3.602,95	
	II	1.063,03	2.444,97	59,87	3.567,87	
	I	1.052,52	2.420,80	59,87	3.533,19	

CARGO	CLASSE	PADRÃO	VENC	GAM 230%	PARC. INDIV. FIXA	REMUN	CARGO	GCET- 20% REMUN. INIC.	REMUN
MÉDICO - 40 HORAS	ESPECIAL	V	3.413,30	7.850,59	59,87	11.323,76	MÉDICO - 40 HORAS (COM GCET)	1.389,33	12.713,09
		IV	3.379,50	7.772,85	59,87	11.212,22		1.389,33	12.601,55
		III	3.346,04	7.695,89	59,87	11.101,80		1.389,33	12.491,13
		II	3.312,92	7.619,72	59,87	10.992,51		1.389,33	12.381,83
		I	3.280,12	7.544,28	59,87	10.884,27		1.389,33	12.273,59
	PRIMEIRA	VI	2.955,06	6.796,64	59,87	9.811,57		1.389,33	11.200,89
		V	2.925,82	6.729,39	59,87	9.715,08		1.389,33	11.104,40
		IV	2.896,82	6.662,69	59,87	9.619,38		1.389,33	11.008,70
		III	2.868,14	6.596,72	59,87	9.524,73		1.389,33	10.914,06
		II	2.839,76	6.531,45	59,87	9.431,08		1.389,33	10.820,40
	SEGUNDA	I	2.811,62	6.466,73	59,87	9.338,22		1.389,33	10.727,54
		VII	2.609,40	6.001,62	59,87	8.670,89		1.389,33	10.060,22
		VI	2.583,56	5.942,19	59,87	8.585,62		1.389,33	9.974,94
		V	2.557,98	5.883,35	59,87	8.501,20		1.389,33	9.890,53
		IV	2.532,66	5.825,12	59,87	8.417,65		1.389,33	9.806,97
	TERCEIRA	III	2.507,56	5.767,39	59,87	8.334,82		1.389,33	9.724,14
		II	2.482,76	5.710,35	59,87	8.252,98		1.389,33	9.642,30
		I	2.458,18	5.653,81	59,87	8.171,86		1.389,33	9.561,19
		VII	2.234,52	5.139,40	59,87	7.433,79		1.389,33	8.823,11
		VI	2.212,40	5.088,52	59,87	7.360,79		1.389,33	8.750,12
TERCEIRA	V	2.190,48	5.038,10	59,87	7.288,45	1.389,33	8.677,78		
	IV	2.168,80	4.988,24	59,87	7.216,91	1.389,33	8.606,24		
	III	2.147,32	4.938,84	59,87	7.146,03	1.389,33	8.535,35		
	II	2.126,06	4.889,94	59,87	7.075,87	1.389,33	8.465,19		
	I	2.105,04	4.841,59	59,87	7.006,50	1.389,33	8.395,83		

### LEGENDA:

Carreira criada pela Lei nº 2.585/2000 e reestruturada pela Lei nº 3.323/2004.

A GAM - Gratificação de Atividade Médica, instituída pela Lei nº 3.323/2004, incidente sobre o vencimento básico correspondente ao padrão em que o servidor estiver posicionado, foi alterada pela Lei nº 4.016/2007, passando de 180% para 210%, a partir de setembro de 2007, e 230% a partir de novembro de 2007. A parcela individual fixa instituída pela Lei nº 3.172/2003, equivale a R\$ 59,87. A GAME - Gratificação de Atividade Médica Especial, criada pela Lei nº 3.323/2004, será calculada na ordem de 50% sobre a remuneração inicial do cargo de Médico, observada a jornada de trabalho e ainda tem seu quantitativo limitado a 30% do quantitativo de cargos da Carreira, sendo 15% para jornada de 40 horas semanais de trabalho e 15% para 20 horas, com vigência a partir da publicação da Lei 3.881, de 30 de junho de 2006. A Lei nº 4.193/2008, altera o vencimento básico da carreira Médica do Quadro de Pessoal do Distrito Federal, com efeitos financeiros a contar de 01/06/2008.

## ANEXO VI – CARREIRA ASSISTÊNCIA PÚBLICA À SAÚDE - TABELA DE ESCALONAMENTO VERTICAL

VIGÊNCIA: FEVEREIRO/2009

CARGO	CLASSE	PADRÃO	VENC. BÁSICO	GATA 235%	PARC. IND. FIXA	REMUN			
ESPECIALISTA EM SAÚDE - 24 HORAS	ESPECIAL	V	1.309,37	3.077,00	59,87	4.446,24			
		IV	1.283,70	3.016,70	59,87	4.360,27			
		III	1.258,52	2.957,53	59,87	4.275,92			
		II	1.233,85	2.899,55	59,87	4.193,27			
		I	1.209,65	2.842,70	59,87	4.112,22			
	PRIMEIRA	VI	1.141,19	2.681,78	59,87	3.882,83			
		V	1.118,81	2.629,20	59,87	3.807,89			
		IV	1.096,87	2.577,63	59,87	3.734,37			
		III	1.075,36	2.527,10	59,87	3.662,34			
		II	1.054,28	2.477,57	59,87	3.591,72			
	SEGUNDA	I	1.033,61	2.428,98	59,87	3.522,46			
		VII	975,10	2.291,47	59,87	3.326,44			
		VI	955,98	2.246,54	59,87	3.262,39			
		V	937,24	2.202,50	59,87	3.199,60			
		IV	918,86	2.159,32	59,87	3.138,05			
		III	900,84	2.116,98	59,87	3.077,69			
		II	883,18	2.075,48	59,87	3.018,53			
	TERCEIRA	I	865,86	2.034,76	59,87	2.960,49			
		VII	816,85	1.919,59	59,87	2.796,31			
		VI	800,83	1.881,96	59,87	2.742,66			
		V	785,13	1.845,07	59,87	2.690,07			
IV		769,74	1.808,87	59,87	2.638,48				
III		754,64	1.773,41	59,87	2.587,92				
II		739,85	1.738,64	59,87	2.538,36				
I	725,34	1.704,55	59,87	2.489,76					
ESPECIALISTA EM SAÚDE - 24/40 HORAS	ESPECIAL	V	2.182,20	5.128,17	59,87	7.370,24	ESPECIALISTA EM SAÚDE - 24/40 HORAS (COM GCET)	GCET- 20% REM. INIC.	REMUN
		IV	2.139,41	5.027,62	59,87	7.226,89		809,93	8.180,16
		III	2.097,46	4.929,02	59,87	7.086,35		809,93	8.036,82
		II	2.056,34	4.832,40	59,87	6.948,61		809,93	7.896,28
		I	2.016,02	4.737,62	59,87	6.813,51		809,93	7.758,53
	PRIMEIRA	VI	1.901,90	4.469,46	59,87	6.431,24		809,93	7.623,44
		V	1.864,61	4.381,83	59,87	6.306,31		809,93	7.241,16
		IV	1.828,04	4.295,91	59,87	6.183,82		809,93	7.116,24
		III	1.792,20	4.211,65	59,87	6.063,73		809,93	6.993,75
		II	1.757,07	4.129,10	59,87	5.946,03		809,93	6.873,65
		I	1.722,61	4.048,13	59,87	5.830,61		809,93	6.755,96
	SEGUNDA	VII	1.625,11	3.818,99	59,87	5.503,97		809,93	6.640,54
		VI	1.593,24	3.744,12	59,87	5.397,23		809,93	6.313,90
		V	1.562,00	3.670,70	59,87	5.292,57		809,93	6.207,16
		IV	1.531,37	3.598,71	59,87	5.189,94		809,93	6.102,49
		III	1.501,35	3.528,16	59,87	5.089,38		809,93	5.999,87
		II	1.471,91	3.458,99	59,87	4.990,76		809,93	5.899,31
		I	1.443,05	3.391,16	59,87	4.894,07		809,93	5.800,69
	TERCEIRA	VII	1.361,36	3.199,20	59,87	4.620,43		809,93	5.704,00
		VI	1.334,67	3.136,48	59,87	4.531,02		809,93	5.430,36
		V	1.308,50	3.074,98	59,87	4.443,35		809,93	5.340,95
IV		1.282,85	3.014,67	59,87	4.357,39	809,93	5.253,28		
III		1.257,69	2.955,57	59,87	4.273,14	809,93	5.167,31		
II		1.233,03	2.897,62	59,87	4.190,53	809,93	5.083,06		
I		1.208,85	2.840,79	59,87	4.109,50	809,93	5.000,45		

### LEGENDA:

#### CARREIRA ASSISTÊNCIA PÚBLICA À SAÚDE

Carreira criada pela Lei nº 87/1989, alterada pelas Leis nº 740/1994 e nº 2.816/2001 e reestruturada pela Lei nº 3.320/2004.

GATA - Gratificação de Atividade Técnico-Administrativa, instituída pela Lei nº 3.320/2004, alterada pela Lei nº 4.013/2007, equivale, a partir de setembro de 2007, a 235% do vencimento básico correspondente ao padrão em que o servidor estiver posicionado A parcela individual fixa, instituída pela Lei nº 3.172/2003, equivale a R\$ 59,87.

GIABS - Gratificação de Incentivo às Ações Básicas de Saúde, criada pela Lei nº 318/1992, equivale a 10% para os servidores em exercício nos Centros de Saúde, Postos de Saúde Urbanos e Postos de Assistência Médica e 20% para os servidores em exercício nos Postos de Saúde Rurais incidentes sobre o vencimento do padrão em

que o servidor estiver posicionado. A Gratificação de Movimentação, criada pela Lei nº 318/1992, equivale a 10% para os servidores em exercício em unidades de saúde situadas

em região Administrativa diversa daquela em que residem e 15% para os servidores em exercício em Postos de Saúde Rurais e unidades de saúde situadas nas Regiões Administrativas de Brazlândia e Planaltina, desde que não residam nessas localidades, incidentes sobre o vencimento do padrão em que o servidor estiver posicionado.

GT - Gratificação de Titulação, criada pela Lei nº 3.320/2004, com vigência a partir de 01/01/2005, não poderá ultrapassar o percentual de 30% do vencimento básico.

GCET - Gratificação por Condições Especiais de Trabalho, criada pela Lei nº 2.339/1999, equivale a 20% da remuneração inicial da carreira, aplicada aos servidores com jornada de trabalho de 40 horas semanais, prestadas exclusivamente nos Centros e Postos de Saúde nas Regionais onde exista o Programa Saúde da Família.

O complemento do Salário Mínimo é um dispositivo legal criado com o objetivo de complementar o vencimento inferior ao Salário Mínimo Nacional.

#### Parcela Pecuniária - Convênio PAS/SUS

NÍVEL DO CARGO	QUANT	set/01		jan/06	
Nível Básico	28	R\$	400,00	R\$	440,00
Nível Médio	488	R\$	500,00	R\$	550,00
Nível Superior	143	R\$	1.000,00	R\$	1.100,00

Parcela pecuniária concedida aos servidores ativos do Ministério da Saúde, lotados mediante convênio na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, conforme Lei nº 2.770, de 18/9/2001, alterada pela Lei nº 2.998, de 3/7/2002.

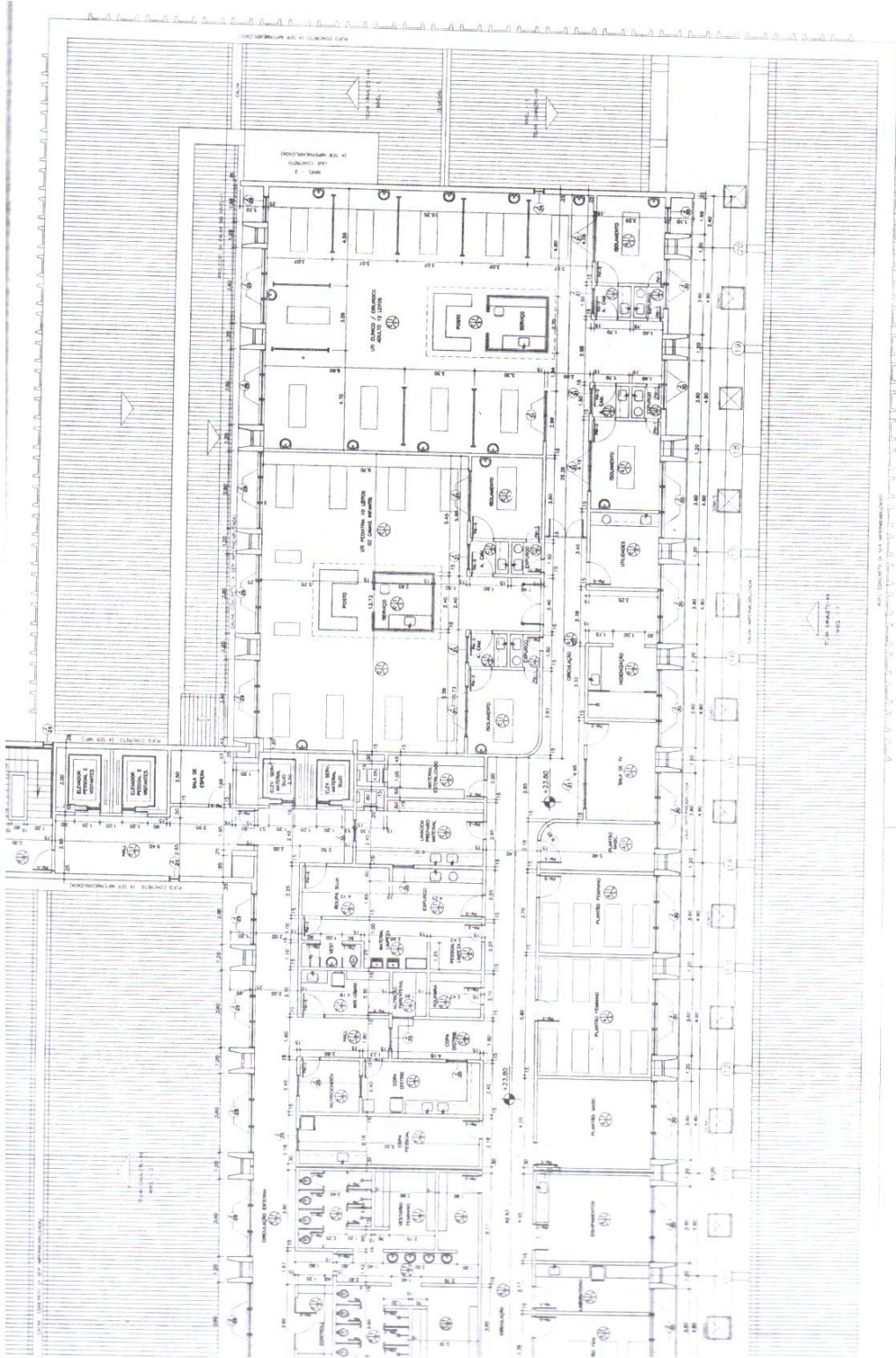
A parcela pecuniária instituída pelo art. 1º da Lei nº 2.770, de 18 de setembro de 2001, tem seus valores reajustados em 10% (dez por cento), sobre os quais incidirão os reajustes gerais concedidos aos servidores do Governo do Distrito Federal, conforme art. 14 da Lei nº 3.782, de 20/1/2006. Essa parcela servirá de base de cálculo do adicional de férias e gratificação Natalícia.

Lei nº 4.203, de 05/09/2008, reajusta em 10%, a contar de 1º de setembro de 2008, as Tabelas de Vencimentos Básicos das carreiras Assistência Pública à Saúde, de Cirurgião Dentista e de Enfermeiro, bem como os salários da Tabela de Empregos Comunitários do Quadro de Pessoal do Distrito Federal.

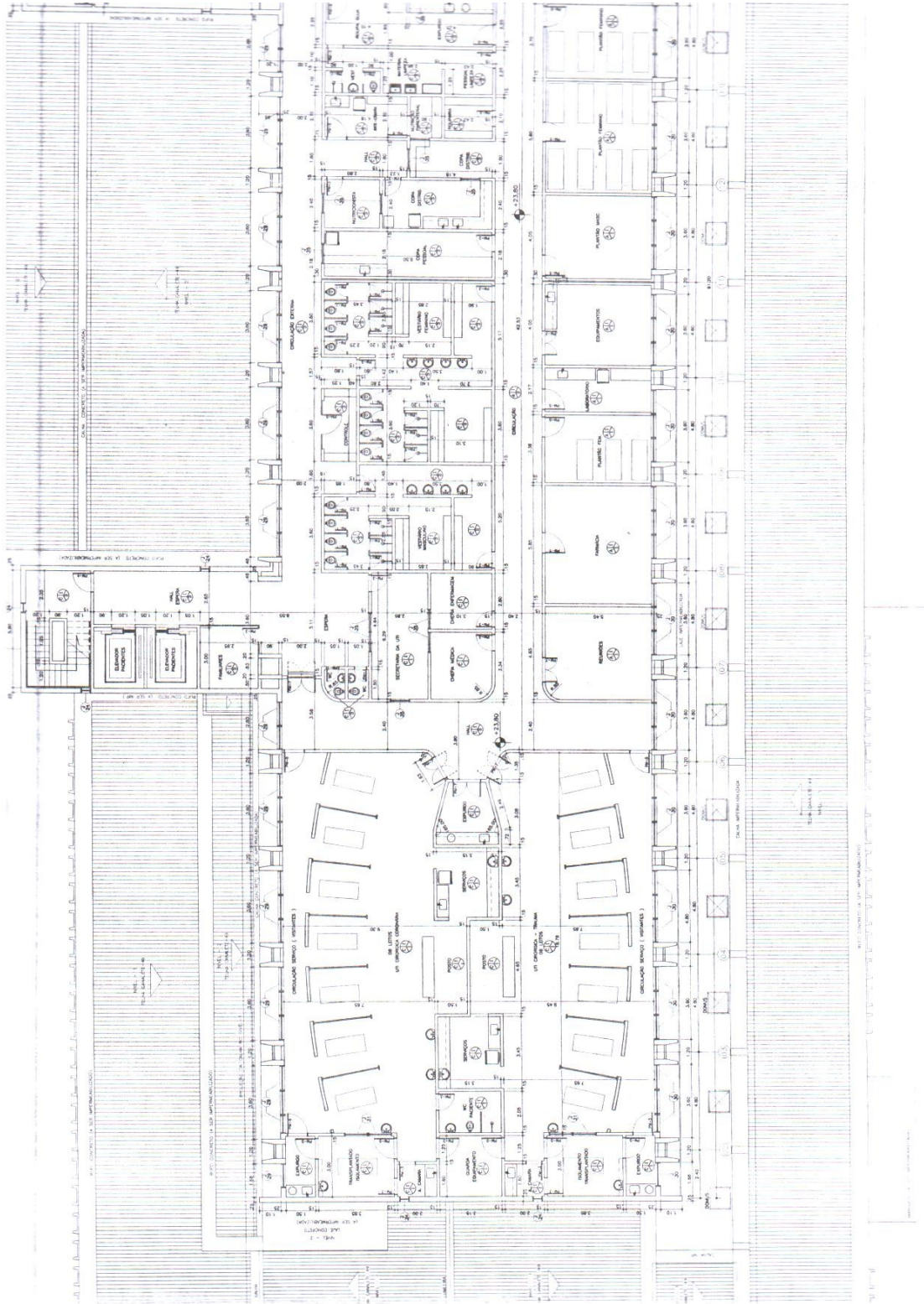
O art. 3º da Lei nº 4.203/2008, transforma em 10 (dez) quotas de nível médio, sem aumento de despesas, 5 (cinco) quotas de nível superior da Parcela Pecuniária de que trata o art. 1º da Lei nº 2.770, de 18 de setembro de 2001.

O valor do Salário Mínimo, a partir de 01/02/2009, passou para R\$ 465,00, conforme Medida Provisória nº 456, de 30/01/2009.

**ANEXO VII - PLANTA DA UTI DO HBDF**



PLANTA BAIXA - EMERGENCIA - 4º ANDAR  
ESC. 1/100



**ANEXO VIII – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA**

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Carta  
Nº 2039/2006 -CEP/SES-DF

Brasília, 18 de dezembro de 2006.

Senhor (a) Pesquisador (a)  
Ana Cristina dos Santos  
C 05 Lote 4 apt. 202  
BrasíliaDF

Assunto: Aprovação de Projeto de Pesquisa.


Senhor (a) Pesquisador (a),

Encaminhamos a V. Sa. o Parecer Nº 219/2006 referente ao projeto de pesquisa: Nº 214/06 **Incidência de doenças Arteriais Coronarianas em pacientes internados em um Hospital Público de Brasília, em 2006;** aprovado por este Comitê de Ética em Pesquisa, tendo validade de dois anos.

Na oportunidade, destacamos os Incisos IX.1 e IX.2 da Resolução 196/96 CNS/MS concernentes às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto.

**Ressaltamos que a conduta do pesquisador, assim como o seu acesso à unidade de saúde devem seguir as normas e os procedimentos preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O pesquisador deve se apresentar ao diretor da unidade de saúde para os procedimentos administrativos necessários.**

Atenciosamente.

  
Maria Rita Carvalho Garbi Novaes  
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF  
Coordenadora