



## **CUSTOS COM INTERNAÇÕES DE PORTADORES DE DIABETES *MELLITUS* NO HOSPITAL MUNICIPAL DE RONDON DO PARÁ**

<sup>1</sup>Adriana Santos Barbon

<sup>2</sup>Eliane Silva Sampaio

<sup>3</sup>Elaine Aparecida Teixeira

**Resumo:** O objetivo desta pesquisa é evidenciar os custos mais relevantes decorrentes das internações de pacientes portadores de Diabetes *Mellitus* (DM) no Hospital Municipal de Rondon do Pará – PA em 2018. Para isso serão levantados os custos diretos destas internações; alocados os custos indiretos mais expressivos; e comparados os custos incorridos nas internações com os valores repassados via tabela SUS. Em 2018 foram hospitalizados 111 pacientes com patologias relacionadas ao DM no Hospital Municipal, deste total foram selecionados os procedimentos de maior ocorrência no período, Diabetes *Mellitus*, Pé Diabético, Debridamento de Fasceite Necrotizante e Amputações, totalizando 51 casos. Por meio de um estudo de caso, com uma abordagem quantitativa, os resultados evidenciam que os valores repassados pelo SUS estão muito abaixo dos custos incorridos nas prestações desses serviços. Como limitação, tem-se a ausência de um sistema de gestão de custos na instituição pesquisada, o que dificultou a coleta e tratamento dos dados e limitou a pesquisa ao período de um ano. Sugere-se para estudos futuros uma análise direcionada para a implantação de uma ferramenta de gestão de custos no Hospital Municipal de Rondon do Pará, bem como avaliar os benefícios administrativos e econômicos que esta implantação trará para sua gestão.

**Palavras-chave:** Custos. SUS. Diabetes *Mellitus*.

**Abstract:** The objective of this research is to highlight the most relevant costs resulting from the hospitalization of patients with Diabetes Mellitus (DM) at the Municipal Hospital of Rondon do Pará - PA in 2018. For this, the direct costs of these admissions will be raised; the most significant indirect costs were allocated; and compared the costs incurred in hospitalizations with the amounts transferred via the SUS table. In 2018, 111 patients with DM-related pathologies were hospitalized at the Municipal Hospital, out of this total, the most frequent procedures in the period were selected, Diabetes Mellitus, Diabetic Foot, Necrotizing Fasciitis Debridement and Amputations, totaling 51 cases. Through a case study, with a quantitative approach, the results show that the amounts transferred by SUS are much lower than the costs incurred in providing these services. As a limitation, there is the absence of a cost management system in the researched institution, which hindered the collection and treatment of data and limited the research to a period of one year. It is suggested for future studies an analysis directed to the implementation of a cost management tool at the Municipal Hospital of Rondon do Pará, as well as to evaluate the administrative and economic benefits that this implantation will bring to its management.

**Keywords:** Costs. SUS. Diabetes Mellitus.

<sup>1</sup> Graduada em Ciências Contábeis - Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, [abarbon.22@hotmail.com](mailto:abarbon.22@hotmail.com).

<sup>2</sup> Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará; Mestre em Contabilidade; [elianessampaio@unifesspa.edu.br](mailto:elianessampaio@unifesspa.edu.br).

<sup>3</sup> Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará; [elaineteixeira@yahoo.com.br](mailto:elaineteixeira@yahoo.com.br).

## INTRODUÇÃO

A gestão de custos funciona como uma ferramenta de planejamento e controle que auxilia as organizações nas tomadas de decisões, permitindo melhor gerenciamento de custos a nível departamental, além de possibilitar a identificação e elaboração de estratégias eficazes para o controle mais preciso dos custos, permitindo melhor análise da lucratividade dos diversos serviços prestados (SANTOS, SILVA e LEAL, 2014).

Mesmo com a importância da gestão de custos, há diversos estudos que comprovam dificuldade quanto à eficácia da aplicabilidade de tal ferramenta em algumas organizações, principalmente na área da saúde pública, na qual se destacam os hospitais, por prestarem serviços diversificados, como cita o autor Abbas (2001), que em seu trabalho de gestão de custos voltada para área hospitalar ressalta a dificuldade de mensuração de custos nessas organizações, e Oliveira (2017) que aborda sobre a relevância de todo o processo de implantação de sistema de custos até a obtenção de resultados gerenciais.

O setor hospitalar público atua com peculiaridades distintas de qualquer outro ramo organizacional, ofertando diversos tipos de serviços atrelados à atividade principal como: farmácia, serviço nutricional, lavanderia, hotelaria, o que torna a atividade gerencial mais complexa. Para Matos (2002) um centro de custos hospitalar necessita apresentar informações que direcionem o gestor em seu planejamento bem como no controle das operações. Dessa maneira, a gestão de custos hospitalares torna-se uma ferramenta indispensável para quantificar e avaliar a relação de custos por procedimentos médicos realizados bem como subsidiar decisões de melhor alocação dos recursos aplicados à saúde (CORREIO e LEONCINE, 2014). Recentemente foram realizados estudos na área de custos hospitalares (ALEMÃO, GONÇALVES e DRUMOND, 2013; MARTINS, PORTULHAK e VOESE, 2015; OLIVEIRA, 2017) que visaram identificar se há sistemas de custos implementados nestas organizações e se estes estão adequados para que possam mensurar e analisar os custos, objetivando aumentar a qualidade do serviço prestado e, se possível, a redução de tais gastos. Também foram realizadas pesquisas que procuraram identificar os custos dos procedimentos médicos hospitalares (CORREIO e LEONCINE, 2014) e que tem entre seus objetivos a caracterização dos custos das internações hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) por doenças crônicas. Tais trabalhos demonstram a dificuldade de mensuração destes custos e a importância da aplicabilidade da gestão de custos no ramo hospitalar (SOTO, RAITZ, BOLSONI, COSTA, YAMAGUCHI e MASSUDA, 2015).

Segundo dados publicados pela *International Diabetes Federation* (IDF) estima-se que, cerca de 425 milhões de pessoas entre 20 e 79 anos tenham diabetes. Ampliando essa faixa etária para 18 a 99 anos, os números aumentam para 451 milhões de pessoas, sendo que aproximadamente 79% desta população vive em países de baixa e média renda. O gasto com saúde com portadores de Diabetes *Mellitus* (DM) totaliza anualmente US\$ 727 bilhões de dólares, o que corresponde dizer que para cada oito dólares gastos em saúde, um é com portador de DM (IDF, 2017). Portanto, a escolha deste estudo se justifica no fato da DM ser uma doença em expansão e que atinge considerável parte da população mundial, sendo responsável por grandes gastos relacionados à saúde.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo geral evidenciar os custos mais relevantes decorrentes das internações com pacientes portadores de DM no Hospital Municipal de Rondon do Pará, no Estado do Pará. Além disso, tem como objetivos específicos levantar os custos diretos das internações destinadas ao tratamento do paciente portador de diabetes; alocar os custos indiretos mais expressivos relacionados aos pacientes diabéticos internados; e comparar os custos incorridos nas internações com os valores repassados via tabela do SUS.

Para isso, foram utilizados dados dos custos com internações de pacientes portadores de DM do Hospital Municipal de Rondon do Pará, no Estado do Pará, referentes ao ano de 2018. Vale ressaltar que tais dados foram fornecidos pelo Hospital Municipal (HM) e pela Secretaria Municipal de Saúde de Rondon do Pará.

Assim, o trabalho que se segue está dividido em cinco seções, sendo a primeira a introdução, a segunda seção contempla a revisão da literatura. Em seguida, têm-se os aspectos metodológicos aplicados. Na quarta seção se expõe a análise dos resultados obtidos, e a quinta e última parte traz as considerações finais da investigação, bem como limitações e sugestões para estudos futuros.

## **REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

O direito à saúde foi instituído em 1988 com a Constituição Federal do Brasil (CF) o qual é caracterizado como um direito de todos e dever do Estado, garantindo um acesso universal e igualitário, sendo que seu financiamento segue critérios observados no seu artigo 195, que define que a seguridade, no qual a saúde está inserida, será financiada pela sociedade, de forma direta ou indireta, através de recursos oriundos dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além das contribuições sociais, objetivando assim a redução

do risco de doença e outros agravos e garantido acesso aos serviços de promoção e prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

O Decreto nº 7.508/11 regulamenta a Lei do SUS (Lei nº 8.080/90) e dispõe sobre a organização deste sistema, o seu planejamento na área da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Segundo o art. 3º deste Decreto:

O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada (Decreto nº 7.508/11).

Nesta conjuntura entende-se que o SUS não se restringe apenas ao atendimento médico, mas inclui também ações em saúde na atenção básica, média e de alta complexidade, nos serviços de urgência e emergência, atenção hospitalar, ações e serviços das vigilâncias epidemiológicas, sanitárias, ambiental e assistência farmacêutica, englobando um conjunto de políticas públicas que visam à redução da desigualdade, contribuindo com o desenvolvimento econômico e social do país (Decreto nº 7.508/11). Assim sendo, o financiamento do mesmo é responsabilidade do poder público representado por um sistema tripartite, ou seja, União, Estado e Município, bem como de todos os cidadãos através do pagamento de tributos.

Atualmente o meio de transferência dos recursos da União para os Municípios, o Distrito Federal e os Estados, bem como os recursos transferidos do Estado para seus respectivos Municípios, ocorrem em contas específicas para esta finalidade. A Lei Complementar nº 141/2012 determina níveis mínimos de recursos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde pelas três esferas de governo conforme descrito:

Para a União, a Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos (EC 95/2016), estabeleceu o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União com vigência de 20 anos, alterando a regra de investimento em saúde. Em 2018, a União aplicou o montante de execução financeira do exercício de 2017, corrigido apenas pela variação do IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) permanecendo assim pelos próximos 20 anos. E, de acordo com a Lei Complementar nº 141/2012, Estados e Distrito Federal aplicarão anualmente no mínimo 12% do produto de arrecadação dos impostos e transferências constitucionais, e os municípios no mínimo 15%.

Os atendimentos das instituições conveniadas com o SUS são financiados com base nos valores constantes na tabela de pagamentos pelos serviços prestados - Tabela SUS. Em abril de 2019, o Conselho Federal de Medicina (CFM, 2019) afirmou que os valores pagos pela tabela não são reajustados há quase duas décadas e que isso tem influência significativa na qualidade dos serviços prestados pelo SUS, assim como reflete nas grandes filas de espera por atendimento.

Segundo Bonacim e Araújo (2010), os hospitais são reembolsados por esses valores, não importando o tempo de permanência no hospital ou os custos reais incorridos com os pacientes, o que indica, conforme ressaltam PIRES, OLIVEIRA, ALCANTARA e ABBAS (2017), que a remuneração paga pelo SUS é insuficiente.

## 2.2 GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES

A gestão de custos nas organizações hospitalares necessita de um sistema que disponha de informações que venham subsidiar o controle, a análise e a tomada de decisões, para tanto é necessário que estas informações sejam fidedignas e que assegurem a finalidade proposta (OLIVEIRA, 2017).

A apuração de custos nos ambientes hospitalares é complexa, visto que se trata de um ramo que presta serviços desde o nascimento de um indivíduo até a prevenção de doenças e o tratamento destas. Além disso, cada organismo tem uma forma diferente de reagir durante os procedimentos médicos e, em situações com o mesmo diagnóstico, as medicações e atenção médica podem ser diferentes (OLIVEIRA, 2017). Desta forma, a padronização de serviços e procedimentos é de grande importância para a definição de um sistema de custos.

A implantação e utilização de um sistema de custos no setor público estão respaldadas na legislação brasileira, por meio da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei complementar nº 101/2000), bem como por meio da Norma Brasileira de Contabilidade NBC T 16.11, que se refere ao Subsistema de Informação de Custos do Setor Público (SICSP), um sistema de custos de bens, serviços e outros objetos de custos públicos que tem por objetivo:

- (a) mensurar, registrar e evidenciar os custos dos produtos, serviços, programas, projetos, atividades, ações, órgãos e outros objetos de custos da entidade; (b) apoiar a avaliação de resultados e desempenhos, permitindo a comparação entre os custos da entidade com os custos de outras entidades públicas, estimulando a melhoria do desempenho dessas entidades; (c) apoiar a tomada de decisão em processos, tais como comprar ou alugar, produzir internamente ou terceirizar determinado bem ou serviço; (d) apoiar as funções de planejamento e orçamento, fornecendo informações que permitam projeções mais aderentes à realidade com base em custos incorridos e projetados; (e) apoiar programas de controle de custos e de melhoria da qualidade do gasto (CFC, 2011).

São muitos os métodos de custeio existentes na contabilidade e aplicados a vários tipos e ramos de empresas, os quais possuem suas próprias peculiaridades e benefícios em sua utilização. Dentre os métodos existentes os mais aplicados à área da saúde são o custeio por absorção e o *Activity-Based Costing* (ABC) (AZEVEDO, SANTOS, GOMES, CARVALHO e OLIVEIRA, 2017).

O método de custeio por absorção é um dos métodos mais utilizados e aceitos pelo fisco na apuração de resultados. Este método consiste na separação dos gastos em investimentos, despesas e custos, após esta separação todos os custos, independentemente de serem fixos ou variáveis e diretos ou indiretos, formam o custo do procedimento/serviço (ALEMÃO, GONÇALVES e DRUMOND, 2013).

O custeio hospitalar por absorção pressupõe que os custos ocorrem em função do volume de procedimentos médicos realizados. Desta forma, os custos diretos são apropriados diretamente aos procedimentos médicos prestados, e os indiretos são rateados através de determinadas bases de rateio (OLIVEIRA, 2017).

Já o método ABC é mais voltado para a questão gerencial, o qual trata as informações objetivando a gestão de custos e as tomadas de decisões. Ele tem como finalidade possibilitar uma análise mais precisa sobre as atividades desenvolvidas, alocando os custos indiretos de maneira mais próxima ao custo real por atividade. Neste método os recursos são consumidos pelas atividades de determinado procedimento ou serviço, tornando-se possível separar os recursos que são ou não utilizados em determinados processos e relacionar os recursos consumidos com as atividades executadas (ABBAS, 2001). De acordo com Abbas (2001, p. 33):

Para apurar os custos, são necessários dados da conta corrente do paciente, do laboratório, da radiologia, da farmácia, dos prontuários e outros, com os quais é possível identificar o tipo e a quantidade de produtos intermediários aplicados no tratamento e reestabelecimento do paciente.

Dessa forma, percebe-se que, é o sistema de custos a ser utilizado que determinará, através da padronização dos procedimentos e departamentalização dos custos, o consumo total de produtos e serviços pelos pacientes, possibilitando a mensuração do custo de cada paciente por procedimento.

### 2.3 EXPANSÃO DA DIABETES *MELLITUS*

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), divulgados pela BBC Brasil (2018) e Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2019), o Diabetes *Mellitus* (DM) representa nos dias atuais uma epidemia global, considerada uma doença crônica influenciada por fatores genéticos e ambientais relacionada ao envelhecimento populacional, bem como pelo estilo de vida da sociedade como: dieta inapropriada, obesidade e sedentarismo, sendo estes fatores motivadores do grande surgimento de novos casos de DM no mundo. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013 identificou que no Brasil cerca de 6% da população adulta foi

diagnosticada com diabetes, o que corresponde a 9,1 milhões de pessoas, sendo a maior incidência para pessoas com faixa etária entre 65 a 74 anos, na qual o percentual foi de 19,9%, e o menor para a faixa etária de 18 a 20 anos com 0,6% (IBGE, 2013). Atualmente, conforme informações da SBD, existem mais de 13 milhões de pessoas convivendo com esse diagnóstico, sendo um dado crescente.

O adoecimento resulta do mau funcionamento do pâncreas, pois o mesmo não produz a insulina de maneira eficaz, sendo este o hormônio que controla os índices glicêmicos no organismo, levando essa carga para todas as células do corpo. O DM é uma doença crônica que gera muitas complicações de saúde, em que se tem uma grande incidência do “pé diabético”. Segundo a Biblioteca Virtual em Saúde (2016), o pé diabético consiste em uma série de complicações que podem ocorrer nos pés de pessoas com diabetes não controlada, sendo apontado como um dos diagnósticos mais destrutivos e dispendiosos para o SUS. Piza, Eleotério e Gomes (2018) também o classificam como uma das principais causas de amputações não traumáticas exigindo um período de internação mais longo e conseqüentemente com custos mais elevados.

De acordo com Barbosa, Santos e Faria (2017) a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil proporcionou melhorias e aperfeiçoamento da atenção primária, por meio da qual se desenvolvem ações no atendimento à saúde com equipe multidisciplinar, promovendo ações de educação e prevenção de doenças. O município de Rondon do Pará, no Estado do Pará, foco desta pesquisa, conta com nove unidades de PSF's na zona urbana, atingindo uma cobertura populacional de 24.603 (vinte e quatro mil seiscentos e três) habitantes, desta população, 1,43% são usuários portadores de DM, e 31,53% destes passaram por atendimento médico no Hospital Municipal de Rondon do Pará (HM) por complicações em decorrência do Diabetes *Mellitus* no ano de 2018.

Cabe ressaltar que o HM foi fundado em 1987 pela Fundação Nacional de Saúde, sendo inicialmente denominado Unidade Mista em Saúde, prestando serviços ambulatoriais, urgência e emergência e internação. Foi administrado até o ano de 1998 pelo Governo Federal, e desde então passou a ser gerido pelo Governo Estadual e Municipal, tendo seu nome alterado para Hospital Municipal de Rondon do Pará. Atualmente presta serviços de pequena e média complexidade, contendo 31 leitos no setor de internação (CNES, 2019).

## **MATERIAL E MÉTODOS**

A pesquisa realizada segue um caráter exploratório, com abordagem quantitativa, sendo assim, assume a forma de um estudo de caso, por meio do qual estuda um caso específico, analisando as particularidades envolvidas neste.

Desse modo, foi realizado um estudo com dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e Hospital Municipal de Rondon do Pará sobre as internações de pacientes realizadas no período de janeiro a dezembro de 2018. Vale ressaltar que o HM contém 31 leitos, sendo que no período citado foram hospitalizados 111 (cento e onze) pacientes com patologias relacionadas ao Diabetes *Mellitus*. Desse total, foram selecionados os quatro procedimentos de maior ocorrência no período, sendo dois da Clínica Médica e dois da Clínica Cirúrgica, o que representa um percentual de 45,94% da amostra, ou seja, 51 casos assim distribuídos: Diabetes *Mellitus* (21 casos); Pé Diabético (10 casos); Debridamento de Fásceite Necrotizante (16 casos) e Amputações (04 casos).

O estudo que se segue teve como instrumento de coleta de dados a pesquisa documental, por meio da qual foram extraídas informações acerca dos custos dos insumos e medicamentos utilizados no tratamento destes pacientes, bem como dados coletados dos prontuários de internações, nos quais constam informações pessoais, queixas e procedimentos realizados dos usuários individualmente. Também foram extraídos dados do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos (SIGTAP) e Órteses, Próteses e Materiais especiais (OPM), ambos do SUS.

Tais dados foram tratados por meio do Microsoft Excel, havendo a separação dos custos por procedimento realizado, em que os custos diretos, medicamentos e material de consumo, exames e alimentação, foram diretamente apropriados ao procedimento tendo em conta o número de pacientes, enquanto que os indiretos, folha de pagamento e energia elétrica, foram rateados por não haver a possibilidade de serem mensurados por procedimento e sim por setor de internação, onde os valores apurados são destinados a toda a área da internação e não apenas aos procedimentos em estudo. A base de rateio utilizada foi o percentual de participação dos custos com medicamentos e material de consumo (PPCMM), por serem os custos mais altos de cada procedimento. As Tabelas 1 e 2 evidenciam os valores levantados pela pesquisa referentes aos custos diretos por procedimento e aos custos indiretos referentes ao ano de 2018:

**Tabela 1.** Custos diretos por procedimento (R\$ - %)

	<b>Pé Diabético</b>	<b>Diabetes Mellitus</b>	<b>Debridamento de Fásceite Necrotizante</b>	<b>Amputações</b>	<b>Total</b>
Medicamentos e Material de Consumo	3.883,71 (77,70%)	2.439,98 (65,87%)	11.523,34 (77,62%)	1.917,54 (79,45%)	<b>19.764,57</b> <b>(76,12%)</b>
Exames	142,14 (2,84%)	243,10 (6,56%)	441,29 (2,97%)	94,58 (3,92%)	<b>921,11</b> <b>(3,55%)</b>
Alimentação	972,80 (19,46%)	1.021,44 (27,57%)	2.881,92 (19,41%)	401,28 (16,63%)	<b>5.277,44</b> <b>(20,33%)</b>
<b>Total</b>	<b>4.998,65</b> <b>(100%)</b>	<b>3.704,52</b> <b>(100%)</b>	<b>14.846,55</b> <b>(100%)</b>	<b>2.413,40</b> <b>(100%)</b>	<b>25.963,12</b> <b>(100%)</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa (2019).

**Tabela 2.** Custos indiretos do período (R\$)

Folha de Pagamento	3.090.872,16
Energia Elétrica	212.273,80
<b>Total</b>	<b>3.303.145,96</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa (2019).

O PPCMM foi encontrado a partir da soma das médias dos custos com medicamentos e material de consumo de todos os procedimentos selecionados, chegando ao valor total deste custo (medicamentos e material de consumo) nos procedimentos em estudo. Após essa totalização, foi verificada a proporção deste custo em cada procedimento, relacionando-o com o valor total da soma das médias dos custos com medicamentos e material de consumo.

No setor de internação foi levantado o número total de pacientes internados no ano, o que gerou uma média mensal de 177 (cento e setenta e sete) pacientes. Este quantitativo foi utilizado no rateio dos custos indiretos identificados no setor da internação, sendo que foram utilizadas a folha de pagamento e a energia elétrica por apresentarem valores mais expressivos. Para o rateio da folha de pagamento, foi levantado o valor mensal correspondente ao setor de internação durante todo o ano e foi feita uma média destes valores. Esta média foi dividida por 177 (média mensal de pacientes internados), o valor encontrado foi multiplicado pelo número total de pacientes dos procedimentos selecionados (51) e o resultado obtido foi multiplicado pelo percentual de participação dos custos com medicamentos e material de consumo (PPCMM) em cada procedimento em relação ao custo total com medicamentos, conforme a equação 1:

(1)

$$\left( \frac{\text{Média de Salários}}{\text{Média de Pacientes Internados}} \times 51 \right) \times \text{PPCMM}$$

Já para o rateio da energia elétrica foram apurados os valores totais de cada mês e foi feita uma média mensal destes. Feito isso, foi verificada a proporcionalidade da área da internação com a área total construída do HM, a média mensal da energia foi dividida pela área total construída e multiplicada pela área da internação, encontrando assim o valor correspondente à média de energia elétrica mensal da internação. Esta média foi dividida pela média de pacientes internados no mês (177), o valor encontrado foi multiplicado pelo número total de pacientes dos procedimentos selecionados (51) e o resultado obtido foi multiplicado pelo percentual de participação dos custos com medicamentos e material de consumo (PPCMM) em cada procedimento em relação ao custo total com medicamentos, tais equações podem ser expressas da seguinte forma:

$$\text{Média de Energia da Internação: } \frac{\text{Média da Energia}}{\text{Área Total Construída}} \times \text{Área da Internação} \quad (2)$$

$$\left( \frac{\text{Média de Energia da Internação}}{\text{Média de Pacientes Internados}} \times 51 \right) \times \text{PPCMM}$$

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os períodos de internações influenciam diretamente nos custos dos procedimentos selecionados, e cada procedimento requer períodos distintos de internações que variam conforme o quadro clínico do paciente. Nos casos das internações em clínica médica, podem oscilar entre 04 a 18 dias, já nos casos cirúrgicos varia de 02 a 35 dias, o aumento de dias de internações dos pacientes onera os custos do tratamento dos mesmos, uma vez que o valor pago pelo SUS não se altera em relação ao número de dias de internação. A Tabela 3 evidencia os valores pagos pelos SUS no tocante ao tipo de procedimento realizado em decorrência da DM:

**Tabela 3.** Tabela SUS

Código SUS	Nome do Procedimento	Valor Pago pelo SUS
0303060263	Pé Diabético	R\$ 321,68
0303030038	Diabetes <i>Mellitus</i>	R\$ 360,80
0408050012	Amputações de Membros Inferiores ou Partes	R\$ 892,74
0415040027	Debridamento de Fasceite Necrotizante	R\$ 521,77

Fonte: DATASUS/SIGTAP (2019).

Tendo em conta os valores de repasse realizados pelo SUS, foram analisados os custos diretos, sendo estes apropriados a cada procedimento, e os indiretos, que foram rateados. Dessa forma, a Tabela 4 identifica os custos relacionados ao procedimento “Pé Diabético” com o total de 10 pacientes, os quais tiveram uma média de internação de 8 dias:

**Tabela 4.** Pé diabético - valores por pacientes

Custos Diretos	
Média dos custos com medicamentos e material de consumo	R\$ 388,37
Média dos custos com exames	R\$ 14,21
Média dos custos com alimentação	R\$ 97,28
Custos indiretos – base de rateio % de custos com medicamentos	
Custo com salários	R\$ 16.913,44
Custo com energia elétrica	R\$ 406,42
<b>Total</b>	<b>R\$ 17.819,72</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Obteve-se como média de custos diretos total por paciente o valor de R\$ 499,86 (quatrocentos e noventa e nove reais e oitenta e seis centavos), sendo que os indiretos representam um total de R\$ 17.319,86 (dezessete mil trezentos e dezenove reais e oitenta e seis centavos). Os resultados obtidos demonstram um custo real em um percentual de 5.539,58% a mais do que o valor pago pelo SUS para o mesmo procedimento.

Já na Tabela 5 são descritos os custos com o procedimento clínico “Diabetes *Mellitus*”, o qual abrangeu o total de 21 pacientes que ficaram internados em média 4 dias:

**Tabela 5.** Diabetes clínica - valores por pacientes

<b>Custos diretos</b>	
Média dos custos com medicamentos e material de consumo	R\$ 116,19
Média dos custos com exames	R\$ 11,58
Média dos custos com alimentação	R\$ 48,64
<b>Custos indiretos – base de rateio % de custos com medicamentos</b>	
Custo com salários	R\$ 5.060,05
Custo com energia elétrica	R\$ 121,59
<b>Total</b>	<b>R\$ 5.358,05</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa (2019).

Neste procedimento foi identificado o custo total por paciente no valor de R\$ 5.358,05 (cinco mil trezentos e cinquenta e oito reais e cinco centavos), sendo R\$ 176,41 de custos diretos e R\$ 5.181,64 de custos indiretos, este total geral é 1.485,05% maior do que o valor pago pelo SUS para custear o procedimento citado.

A Tabela 6 refere-se ao procedimento de Amputação de Membros Inferiores ou Partes, o qual teve um total de 4 pacientes que ficaram internados por 8 dias em média:

**Tabela 6.** Amputações - valores por pacientes

<b>Custos diretos</b>	
Média dos custos com medicamentos e material de consumo	R\$ 479,39
Média dos custos com exames	R\$ 23,65
Média dos custos com alimentação	R\$ 100,32
<b>Custos indiretos</b>	
Custo com salários	R\$ 20.877,35
Custo com energia elétrica	R\$ 501,68
<b>Total</b>	<b>R\$ 21.982,39</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa (2019).

As amputações representam um custo total de R\$ 21.982,39 (vinte e um mil novecentos e oitenta e dois reais e trinta e nove centavos) por paciente, sendo R\$ 603,36 correspondentes aos

custos diretos e R\$ 21.379,03 aos indiretos, um total de 4.213,04% a mais do que o valor pago pelo SUS.

Por fim, a Tabela 7 demonstra os custos com o procedimento cirúrgico “Debridamento de Fasceite Necrotizante” realizado em 16 pacientes que tiveram como média de internação 15 dias:

**Tabela 7.** Debridamento de fasceite necrotizante - valores por pacientes

<b>Custos diretos</b>	
Média dos custos com medicamentos e material de consumo	R\$ 720,21
Média dos custos com exames	R\$ 27,58
Média dos custos com alimentação	R\$ 180,12
<b>Custos indiretos</b>	
Custo com salários	R\$ 31.365,02
Custo com energia elétrica	R\$ 753,69
<b>Total</b>	<b>R\$ 33.046,62</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa (2019).

Este foi o procedimento mais oneroso identificado, totalizando o custo de R\$ 33.046,62 (trinta e três mil e quarenta e seis reais e sessenta e dois centavos) por paciente, o que corresponde a 3.701,71% a mais que o valor pago pelo SUS para o mesmo procedimento.

A Tabela 8 demonstra a comparação entre os valores efetivamente pagos via tabela SUS e os custos reais identificados na pesquisa:

**Tabela 8.** Tabela SUS X Custos da pesquisa por procedimento (R\$ - %)

	<b>Pé Diabético</b>	<b>Diabetes Mellitus</b>	<b>Debridamento de Fasceite Necrotizante</b>	<b>Amputações</b>	<b>Total</b>
Tabela SUS (R\$)	321,68	360,80	892,74	521,77	<b>2.096,99</b>
Custo da Pesquisa (R\$)	17.819,72	5.358,05	33.046,62	21.982,39	<b>78.206,78</b>
Diferença entre Tabela SUS e Custo da Pesquisa em %	<b>5.539,58%</b>	<b>1.485,05%</b>	<b>3.701,71%</b>	<b>4.213,04%</b>	<b>3.729,48%</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa (2019).

Fica evidente a discrepância entre os valores comparados, sendo o Pé Diabético o procedimento com a maior diferença entre o repasse pela Tabela SUS e o custo total do procedimento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Na fase de desenvolvimento desta pesquisa ficou evidenciado que o hospital objeto de estudo não possui nenhum sistema de gerenciamento dos custos hospitalares, o que desencadeou várias limitações no levantamento e tratamento das informações, uma vez que boa parte destas foram

levantadas de forma manual, demandando um gasto de tempo superior ao esperado na coleta e construção dos dados, sendo este um fator determinante para a limitação do período de pesquisa ao ano de 2018.

As consequências da falta deste sistema gerenciador de custos são várias, dentre elas pode-se destacar que a gestão do Hospital Municipal de Rondon não consegue mensurar o valor gasto para realização de seus procedimentos, o que influencia diretamente na qualidade da prestação de serviços e redução dos custos incorridos nos processos. Este é um fator observado na maior parte das instituições públicas, as quais possuem baixo desempenho pela falta de ferramentas que as auxiliem com informações favoráveis para a gestão dos recursos e tomada de decisões, comprometendo assim a qualidade dos serviços fornecidos.

Por meio da análise dos resultados obtidos, percebe-se que os custos incorridos nas internações dos pacientes portadores de DM foram muito superiores aos valores pagos pelo SUS, parte desta discrepância pode estar relacionada à desatualização da Tabela SUS, já ressaltada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2019). Porém, outro fator ainda mais relevante está relacionado aos custos indiretos dos procedimentos, os quais independem da quantidade de leitos ocupados, em que a média de internação mensal está abaixo da capacidade total dos leitos do HM. Ressalta-se também que o valor dos custos totais por procedimentos pode ser alterado se for considerada outra base de rateio para os custos indiretos, podendo ser maior ou menor do que o encontrado nesta pesquisa.

Pode-se observar que o procedimento mais dispendioso em relação aos resultados obtidos foi o Debridamento de Fascite Necrotizante, por ser este o procedimento com maior período de internação. Já a Diabetes Clínica foi o procedimento que apresentou menor quantitativo de custos, estando estes diretamente relacionados à média de dias de internação, a qual não ultrapassou quatro dias. Para a Tabela SUS, dentre os procedimentos selecionados, o que tem maior remuneração é a amputação, visto que ela não leva em consideração a quantidade de dias que o paciente fica internado. No geral, os custos dos procedimentos em estudos totalizaram, em percentual, 3.729,48% a mais do que o total dos valores repassados via Tabela SUS.

Dessa forma é notória a necessidade de adequação do HM no que tange à implantação de mecanismos que deem suporte à gestão e controle dos recursos necessários para o bom desempenho na prestação de serviços aos usuários do SUS. Também é importante destacar a necessidade de otimização na utilização dos leitos, uma vez que por meio da padronização e assistência médica personalizada, podem-se alcançar melhores resultados nos tratamentos e, conseqüentemente, a redução dos períodos de internação e dos custos envolvidos nos atendimentos, uma vez que quanto maior a rotatividade dos leitos melhor a receita para o HM.

Diante do exposto, sugere-se para pesquisas futuras um estudo direcionado para a implantação de uma ferramenta de gestão de custos no Hospital Municipal de Rondon do Pará, bem como avaliar os benefícios administrativos e econômicos que esta implantação trará para a gestão pública deste órgão.

## REFERÊNCIAS

ABBAS, Katia. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. 2001. 171 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Engenharia de Produção, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

ALEMÃO, Márcia Mascarenhas; GONÇALVES, Márcio Augusto; DRUMOND, Heloisa Azevedo. Estudo da utilização da informação de custos como ferramenta de gestão em organização pública: o estudo do SIGH-CUSTOS. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**. João Pessoa, v. 3, n. 1, p.210-226, jan. 2013.

AZEVEDO, Yuri Gomes Paiva; SANTOS, João Victor Joaquim dos; GOMES, Anailson Marcio; CARVALHO, Daniele da Rocha; OLIVEIRA, Ridalvo Medeiros Alves de. Investigação dos métodos de custeio utilizados pelos hospitais do município de Natal/RN. **Rahis: Revista de Administração Hospitalar Inovação e Saúde**. Belo Horizonte, Mg, v. 14, n. 1, p.19-39, 08 ago. 2017.

BARBOSA, Ana Paula de Souza; SANTOS, Géssika Ferraz Alves dos; FARIA, Juliana Almeida de. **O paciente com diabetes mellitus: uma revisão bibliográfica**. 2017. 30 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro Universitário de Anápolis - Unievangélica. Anápolis, 2017.

BBC BRASIL. **Diabetes: as respostas para as 5 dúvidas mais frequentes sobre a doença**. 2018. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/geral-46685480>>. Acesso em 30 out. 2019.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). **Pé Diabético**. 2016. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/dicas-em-saude/2210-pe-diabetico>>. Acesso em 30 out. 2019.

BONACIM, Carlos Alberto Grespan; ARAÚJO, Adriana Maria Procópio de. Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. **Rap: Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p.903-931, jul./ago. 2010. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6953/5520>>. Acesso em: 30 out. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 05 abr. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras

providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 28 mar. 2019.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm)>. Acesso em: 04 out. 2019.

BRASIL. **Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.** Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm)>. Acesso em: 21 mar. 2019.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm#:~:targetText=%C3%89%20v edado%20aos%20Estados%2C%20ao,e%20servi%C3%A7os%20p%C3%BAblicos%20de%20sa%C3%BAde](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm#:~:targetText=%C3%89%20v edado%20aos%20Estados%2C%20ao,e%20servi%C3%A7os%20p%C3%BAblicos%20de%20sa%C3%BAde.)>. Acesso em: 04 out. 2019.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Consulta Estabelecimento.** 2019. Disponível em:

<<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=HOSPITAL%20MUNICIPAL%20DE%20RONDON%20DO%20PARA>>. Acesso em 11 nov. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE (CFC). **Resolução CFC nº 1.366, de 25 de novembro de 2011.** Aprova a NBC T 16.11 – Sistema de Informação de Custos do Setor Público. Disponível em:

<[http://www2.cfc.org.br/sisweb/sre/detalhes\\_sre.aspx?Codigo=2011/001366&arquivo=Res\\_1366.doc](http://www2.cfc.org.br/sisweb/sre/detalhes_sre.aspx?Codigo=2011/001366&arquivo=Res_1366.doc)>. Acesso: 05 abr. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Médicos discutem com parlamentares atualização e modernização da Tabela SUS.** 2019. Disponível em:

<[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28184%3A2019-04-25-16-29-39&catid=3%3Aportal&Itemid=1](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28184%3A2019-04-25-16-29-39&catid=3%3Aportal&Itemid=1)>. Acesso em 30 out. 2019.

CORREIO, Katia Abbas; LEONCINE, Maury. Cálculo dos custos dos procedimentos médicos hospitalares em hospitais brasileiros. **Rahis: Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.1-11, 20 mar. 2014. Trimestral.

DATASUS. **Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP).** Tabela unificada. Disponível em: <

<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp?first=10>>. Acesso em 30 out. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa**

**Nacional de Saúde 2013:** Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2014. Disponível em:

<<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>. Acesso em 08 abr. 2019.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **IDF Diabetes Atlas**. 8 ed. International Diabetes Federation, 2017. Disponível em: <<https://diabetesatlas.org/>>. Acesso em: 08 abr. 2019

MARTINS, Daiana Bragueto; PORTULHAK, Henrique; VOESE, Simone Bernardes. Gestão de custos: um diagnóstico em hospitais universitários federais. **Rahis: Revista de Administração Hospitalar Inovação e Saúde**, Paraná, v. 12, n. 3, p.59-75, 27 maio 2015.

MATOS, Afonso José de. **Gestão de custos hospitalares: técnicas, análise e tomada de decisão**. São Paulo: Editora STS, 2002.

OLIVEIRA, Diego Farias. A implantação de um sistema de gestão de custos no hospital universitário pela EBSERH: um estudo de caso com utilização do pmbok. **Rahis**, [s.l.], v. 13, n. 3, p.122-139, 26 jan. 2017. RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em saúde.

PIRES, Maria Beatriz Nunes; OLIVEIRA, Rosangela de; ALCANTARA, Caio Cesar Violin de; ABBAS, Katia. Relação entre a remuneração do sistema único de saúde, os custos dos procedimentos hospitalares e o resultado: estudo nas santas casas de misericórdia do estado de São Paulo. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. Belo Horizonte, v. 14, n. 03, p.16-33, jul. 2017.

PIZA, Leandra de Fátima; ELEOTÉRIO, Bianca Daiane; GOMES, Lilian Cristiane. Avaliação dos pés de idosos com diabetes mellitus: estudo descritivo. **Enfermagem Brasil**, [s.l.], v. 17, n. 3, p.245-252, 16 jul. 2018. Atlântica Editora.

SANTOS, Maria Eliana dos; SILVA, Davy Antonio da; LEAL, Edvalda Araújo. Produção científica em gestão de custos em hospitais: uma análise nos principais eventos acadêmicos na área contábil no período de 2007 a 2011. **Rahis: Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.42-57, 20 mar. 2014. Trimestral.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **O que é diabetes?** 2019. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/publico/diabetes/oque-e-diabetes>>. Acesso em: 30 out. 2019.

SOTO, Pedro Henrique Teixeira; RAITZ, Gabriela Martini; BOLSONI, Ludmila Lopes; COSTA, Cássia Kely Favoretto; YAMAGUCHI, Mirian Ueda; MASSUDA, Ely Mitie. Morbidity and hospitalization costs of chronic diseases for the Unified National Health System. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [s.l.], v. 16, n. 4, p.567-575, 4 ago. 2015. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste.