

Análise dos Custos da Cirurgia Bariátrica em comparação aos recursos financeiros repassados pelo Sistema Único de Saúde (SUS): estudo de caso em um Hospital Universitário na cidade de Maceió/AL

Carla Monique de Lima

Antonio Carlos S. Costa

Altair de Almeida Campos

Guilherme Costa Farias

Resumo:

Diante das atuais dificuldades e desafios enfrentados pelo sistema público de saúde é iminente a necessidade de gerir melhor os custos, de forma a otimizá-los. A pesquisa foi realizada com base em dados do Hospital Universitário (HU), na cidade de Maceió/AL. Inicia fornecendo embasamento teórico para gestão de custos em organizações hospitalares. Apresenta conceitos de custos e suas respectivas classificações; posteriormente, aborda a metodologia da pesquisa, neste caso caracterizada como estudo de caso; em seguida, apresenta o programa de cirurgia bariátrica (PCB). A pesquisa investiga e analisa os custos com atendimento ambulatorial do PCB e com a Cirurgia Bariátrica, nos processos pré-operatório, operatório e pós-operatório. Realiza-se um comparativo entre os custos e os recursos financeiros repassados pelo SUS. A análise revela que os custos com os atendimentos ambulatoriais do PCB são 201,27% maiores que os recursos financeiros recebidos do SUS para supri-los. Os recursos financeiros são suficientes para provê apenas 52,65% dos custos totais com a cirurgia e a diferença de 47,35% fica a cargo do hospital, o que reforça a importância do conhecimento e gerenciamento dos custos.

Área temática: *Gestão de Custos nas Empresas de Comércio e de Serviços*

Análise dos Custos da Cirurgia Bariátrica em comparação aos recursos financeiros repassados pelo Sistema Único de Saúde (SUS): estudo de caso em um Hospital Universitário na cidade de Maceió/AL

Carla Monique de Lima (UFAL) – carla.li@click21.com.br

Antonio Carlos S. Costa (UFAL) – aacscosta@hotmail.com

Altair de Almeida Campos (UFAL) – altair.campos@uol.com.br

Guilherme Costa Farias (UFAL) – gcfarias@uol.com.br

Resumo

Diante das atuais dificuldades e desafios enfrentados pelo sistema público de saúde é iminente a necessidade de gerir melhor os custos, de forma a otimizá-los. A pesquisa foi realizada com base em dados do Hospital Universitário (HU), na cidade de Maceió/AL. Inicia fornecendo embasamento teórico para gestão de custos em organizações hospitalares. Apresenta conceitos de custos e suas respectivas classificações; posteriormente, aborda a metodologia da pesquisa, neste caso caracterizada como estudo de caso; em seguida, apresenta o programa de cirurgia bariátrica (PCB). A pesquisa investiga e analisa os custos com atendimento ambulatorial do PCB e com a Cirurgia Bariátrica, nos processos pré-operatório, operatório e pós-operatório. Realiza-se um comparativo entre os custos e os recursos financeiros repassados pelo SUS. A análise revela que os custos com os atendimentos ambulatoriais do PCB são 201,27% maiores que os recursos financeiros recebidos do SUS para supri-los. Os recursos financeiros são suficientes para provê apenas 52,65% dos custos totais com a cirurgia e a diferença de 47,35% fica a cargo do hospital, o que reforça a importância do conhecimento e gerenciamento dos custos.

Palavras Chaves: Custos. Cirurgia Bariátrica. Recursos Financeiros.

Área Temática: Gestão de Custos nas Empresas de Comércio e de Serviços.

1 Introdução

A atual conjuntura econômica, dinamizada pela globalização da economia, acarretou o aumento da concorrência e a disputa por clientes, uma questão de sobrevivência para as organizações. Couttolenc e Zucchi (1998) explicam que este cenário impulsionou as organizações prestadoras de serviços de saúde a se abrir a competição internacional e a diminuição da capacidade de financiamento do setor público tornou difícil manter o financiamento público dos serviços de saúde. Deste modo, as organizações públicas de saúde foram obrigadas a melhorar a sua eficiência, racionalizar o uso dos recursos e controlar ou reduzir os custos.

A capacidade de atendimentos ambulatoriais, laboratoriais e cirúrgicos, os recursos materiais (equipamentos, medicamentos, materiais em geral), a mão-de-obra qualificada e a estrutura predial, são fatores que delimitam a capacidade do hospital em captar recursos. Logo, achar um equilíbrio entre a necessidade de recursos (materiais e financeiros) e os recursos disponíveis é um desafio presente nas organizações hospitalares públicas.

O volume de recursos financeiros é definido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a produtividade do Hospital (atendimentos ambulatoriais, exames, cirurgias, internamentos, etc), cada procedimento com o seu valor fixado pelo Ministério da Saúde. É

importante salientar que tais recursos devem ser suficientes para custear as atividades do hospital.

As limitações de recursos fazem com que os hospitais procurem manter suas atividades dentro de padrões razoáveis (MARTINS, 2002). Devido a isto, não há estrutura para o atendimento adequado as necessidades diferenciadas dos pacientes.

Dessa forma, conhecer, planejar, analisar e controlar os custos tornaram-se atividades indispensáveis à eficiência do processo de gestão e sobrevivência da organização. Para auxiliar este processo é indispensável a utilização de um sistema de custos que subsidie a tomada de decisões. Martins (2002) afirma que a ausência de um sistema de custos eficiente faz com que a alta administração careça de informações quanto ao consumo dos recursos utilizados na atividade hospitalar.

O processo de gestão dos custos é complexo, devido a diversidade de departamentos, atividades e procedimentos. É importante salientar que o atendimento é realizado a um número de pacientes diferenciados, cada um com a sua particularidade, que demandam procedimentos e gastos, exigindo uma estrutura previamente preparada para atendê-los conforme as suas necessidades diversas.

É impossível gerenciar o que não conhece, logo se hospital não conhece o custo dos procedimentos e atendimentos realizados dentro de sua estrutura operacional, não terá bases sólidas para questioná-los junto ao SUS, o que reforça a importância do conhecimento dos processos operacionais. Nesta perspectiva, o presente trabalho tem por objetivo investigar e analisar os custos dos atendimentos ambulatoriais do Programa de Cirurgia Bariátrica (PCB) e os que compõem a Cirurgia Bariátrica realizada no Hospital Universitário na cidade de Maceió/AL e compará-los aos recursos financeiros repassados pelo SUS, a fim de identificar se estes são suficientes para provê-los.

3 Contabilidade de Custos nas Empresas

O homem desde a antiguidade procurou de alguma forma registrar os custos. De acordo com Martins (2000), no período Mercantilista a Contabilidade Financeira atendia bem aos anseios das empresas comerciais, com a Revolução Industrial no século XVIII e o aparecimento das indústrias, a atribuição de valores aos estoques ficou mais complexa e com o propósito de avaliar os estoques das indústrias originou-se a Contabilidade de Custos a partir da Contabilidade Financeira.

Assim, com o passar dos anos a Contabilidade de Custos além da avaliação dos estoques, adquiriu outras duas funções relevantes: auxílio ao controle e suporte às tomadas de decisões (MARTINS, 2000). Para atender a essas funções é necessário que o gestor tenha acesso às informações pertinentes aos custos da empresa em tempo hábil, assim poderá planejar, controlar e tomar decisões estratégicas. Leone (1995) conceitua a contabilidade de custos como “... o ramo da função financeira que acumula, organiza e interpreta os custos dos produtos, dos estoques, dos serviços, dos componentes da organização, dos planos operacionais e das atividades de distribuição”.

Backer e Jacobsen (1977) abordam três finalidades principais da Contabilidade de Custos, são elas: a coleta de dados relacionados aos custos; o fornecimento de informações que permitam o relato, cálculo, análise e controle dos custos envolvidos nas operações e atividades da empresa; fornecimento de informações que permitam à empresa estabelecer metas e decidir entre linhas alternativas de ação. Tais finalidades são corroboradas por Leone (1991) que expõe que as informações geradas pela contabilidade de custos ajudam a determinar a rentabilidade e avaliar o patrimônio; auxiliam o controle das operações e dos próprios custos; e servem ao planejamento e ao processo decisório. Isto torna a contabilidade

de custos de grande relevância a todas as empresas públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos, independente do ramo de atividade, seja, industrial, comercial ou de serviço.

Para maior compreensão do processo de análise dos custos é imprescindível o conhecimento de alguns conceitos e classificações pertinentes a esta área.

Martins (2000) conceitua custo como sendo um “gasto relativo a bem ou serviço utilizado na produção de outros bens ou serviços”. Horngren (2000) define custo “como um sacrifício ou a desistência do uso de recursos”. Figueiredo e Caggiano (2005) esclarecem que custos “são essencialmente medidas monetárias dos sacrifícios com que a organização tem que arcar para alcançar seus objetivos [...]”. Deste modo, pode-se conceituar custo como o consumo de recursos para geração de bens ou serviços. Em organizações hospitalares consideram-se como custos os gastos consumidos ou direcionados ao paciente.

Os custos podem ser classificados quanto à sua identificação em diretos e indiretos; e quanto ao volume em variáveis e fixos.

Os custos diretos “são os que estão clara e diretamente associados ao objeto de custo” (FALK, 2001). Leone (1991) explica que esse tipo de custo “é identificado naturalmente ao objeto do custeio”. Na estrutura de custos hospitalares são os custos consumidos diretamente, e facilmente alocáveis ao paciente. São custos diretos o material direto e a mão-de-obra direta, ambos são alocados ao produto ou serviço sem a utilização de critérios de rateio.

Conceituam-se como custos indiretos, por sua vez, “aqueles cuja incorporação aos produtos necessita da utilização de rateio em virtude da impossibilidade de mensuração” (LINS e SILVA, 2005). Para estrutura de custos hospitalares são os custos que precisam da utilização de métodos de custeio para serem alocados ao paciente.

Denominam-se custos fixos “aqueles cujo total não varia proporcionalmente ao volume de produção” (LINS e SILVA, 2005). Tratando-se de hospitais, de acordo com Falk (2001) seriam os custos que “não estão relacionados com o volume de atendimento” Logo, pode-se dizer que são fixos aqueles custos que em determinado período de tempo não variam de acordo com o volume produzido ou com a quantidade de pacientes atendidos.

Lins e Silva (2005) classificam como custos variáveis os “que variam proporcionalmente ao volume de produção”. Falk (2001) esclarece que esses custos estão “intimamente e diretamente relacionados com o volume de pacientes”. Logo, pode-se dizer que são custos variáveis aqueles que variam proporcionalmente de acordo com o volume produzido ou com a quantidade de pacientes atendidos.

4 Metodologia

A presente pesquisa é do tipo descritiva, cujo método é o estudo de caso. A pesquisa descritiva abrange a descrição, registro, análise e interpretação da natureza atual ou processos dos fenômenos, utiliza muito a comparação e o contraste (SALOMON, 1994). Na modalidade estudo de caso realiza-se um estudo exaustivo de algum caso específico, de pessoa ou instituição, para analisar as circunstâncias específicas que o envolvem (FURASTÉ, 2006).

O estudo descrito foi realizado no Hospital Universitário (HU), denominado Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA), localizado na cidade Maceió/AL. É um órgão suplementar da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e mantém relação funcional com o Centro de Ciências da Saúde (CSAU), com ações abrangendo as áreas de ensino, pesquisa e assistência. É um Hospital Escola e volta-se prioritariamente para a formação e capacitação de recursos humanos na área de saúde.

As bases da análise são os custos com uma paciente integrante do Programa de Cirurgia Bariátrica (PCB); e os recursos financeiros repassados pelo SUS para provê-los. Estudou-se a fase pré-operatória, operatória e pós-operatória, incluindo os atendimentos ambulatoriais do Programa de Cirurgia Bariátrica (PCB).

A paciente foi submetida a cirurgia em setembro de 2006 e a escolha foi aleatória. Neste período sua idade era de 27 anos, pesava 143,5kg, tinha 1,61 metros de altura e um Índice de Massa Corpórea de 54,5Kg/m², obesa há 17 anos. Observa-se que a paciente possui os critérios exigidos pelo SUS para submissão à cirurgia bariátrica.

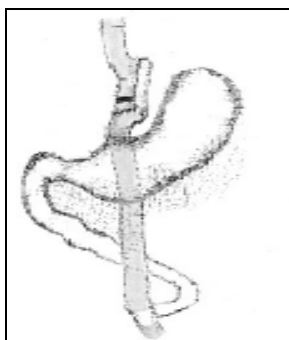
Para realizar a análise dos custos foram empregados procedimentos com o objetivo de coletar os dados necessários. Nesta direção, foram coletadas informações com base nos registros do hospital, incluindo o prontuário; documentação sobre a mão-de-obra e a última aquisição de materiais e medicamentos; planilhas do faturamento e custos. Utilizaram-se entrevistas verbais objetivas aos colaboradores dos departamentos (centro cirúrgico, clínica cirúrgica, faturamento, almoxarifado, departamento pessoal e contabilidade/custo), a fim de esclarecer as peculiaridades pertinentes às atividades, procedimentos e mão-de-obra.

Em seguida, realizou-se o cálculo das variáveis da pesquisa: atendimentos ambulatoriais; internação e operação. Estes serão vistos com detalhe na tabulação e análise dos resultados.

5 Cirurgia Bariátrica e o Programa de Cirurgia Bariátrica (PCB)

Segundo dados do Ministério da Saúde, no Brasil em 2006, existiam 53 hospitais credenciados para realização da cirurgia bariátrica. No Estado de Alagoas o HUPAA é a única referência neste tipo de cirurgia. O PCB foi iniciado no hospital em outubro de 2002, formado por uma equipe multidisciplinar composta por cirurgiões-gerais, nutricionista, endocrinologistas, fisioterapeuta, professor de educação física, psicóloga, enfermeira e assistente social. Esta equipe foi constituída de acordo com a Portaria 628/GM que em seu item C define que o Programa deve dispor de uma equipe multidisciplinar.

A cirurgia bariátrica é um tratamento para obesidade mórbida e tem como objetivo principal a redução das comorbidades e melhora da qualidade de vida (SEGAL; FANDINÕ, 2002). A técnica utilizada pelos cirurgiões bariátricos no HU é a Gastroplastia Vertical com Bandagem (Bypass Gástrico em Y de Roux), também conhecida por operação de Fobi e Capella, primeiros cirurgiões a propor este tipo de cirurgia. Ceneviva et al (2006) descreve que esta é uma técnica de operação que envolve a segregação do estômago em duas partes, a menor parte possui capacidade de 20 a 30 ml. No Hospital em estudo, a segregação é realizada com auxílio de um grampeador linear que simultaneamente corta e grampeia. Para constituição do Y de Roux realiza-se uma incisão no intestino delgado separando-o em duas partes. Uma parte é anexada ao novo estômago, com capacidade inicial de 50 ml; a outra continua interligada a parte maior do estômago para eliminação dos líquidos gástricos. Posteriormente, as duas partes do intestino são interligadas formando um Y, conforme a figura 1 abaixo.



Fonte – Ceneviva et al (2006).

Figura 1 - Gastroplastia Vertical com Bandagem (Bypass Gástrico em Y de Roux).

A Gastroplastia permite que o obeso perca peso mais rapidamente, devido a redução da capacidade de armazenamento do estômago e do comprimento do intestino, acarretando a diminuição do volume de alimentos ingeridos e o período de absorção. Esta técnica foi adotada pelos cirurgiões bariátricos do Hospital por ser: a técnica cirúrgica mais utilizada no mundo; por não demandar uma estrutura física complexa para ser realizada; por apresentar um alto índice de sucesso e baixo índice de complicações pós-operatórias; e pelo fato dos pacientes apresentarem após a cirurgia melhora da qualidade de vida.

De acordo com Garrido Júnior (2000) os critérios estabelecidos pelo SUS para indicação da cirurgia bariátrica são:

- Portadores de obesidade de grandes proporções de duração superior a dois anos, com Índice de Massa Corpórea (IMC) maior que 40kg/m² e resistente aos tratamentos conservadores (dietas, medicamentos, exercícios, psicoterapia);
- Obesos com IMC superior a 35kg/m², portadores de doenças associadas (diabetes, hipertensão arterial, apnéia do sono, artropatias, hérnia de disco) e que tenham sua situação clínica agravada pela obesidade, ou seja, que possuam comorbidades.

Para participar do PCB do HU o cirurgião bariátrico avalia se o paciente possui os critérios exigidos pelo SUS para ingressar no programa. O cirurgião calcula o IMC, também conhecido como Índice de *Quetelet*, utilizado para classificar o indivíduo de acordo com o grau de obesidade e risco de doença (tabela 1). O cálculo do IMC é feito dividindo o peso pela altura elevada ao quadrado, ou seja, **IMC = Peso (kg) / Altura²**. Os principais pré-requisitos avaliados pelo cirurgião para enquadramento no programa é possuir obesidade grave grau III (mórbida) com IMC ≥ 40 kg/m² ou IMC ≥ 35kg/m² com comorbidades e faixa etária entre 18 e 65 anos.

Tabela 1 – Classificação da Obesidade o IMC e Risco de Doença.

IMC (Kg/m ²)	Classificação	Grau	Risco de Doença
18,5	Magreza	0	Elevado
18,5 - 24,9	Normal	0	Normal
25 - 29,9	Sobrepeso	I	Elevado
30 - 34,9	Obesidade	I	Elevado
35 - 39,9	Obesidade	II	Muito Elevado
40,0	Obesidade Grave	III	Muitíssimo elevado

Fonte: Garrido Junior (2000).

Os pacientes que preencherem os pré-requisitos, citados anteriormente, retornarão ao departamento de serviço social para agendamento da entrevista. Depois, os pacientes participam de uma palestra informativa e educativa sobre a cirurgia e de uma entrevista sócio-econômica para esclarecimentos sobre os gastos necessários a manutenção da cirurgia e averiguação da situação financeira e familiar, caso a situação do paciente seja desfavorável no momento, e não possa permanecer no programa, será encaminhado para tratamento tradicional com os profissionais disponíveis no hospital, se for da vontade do paciente. Neste caso, trata-se dos gastos que o paciente terá com a meia (utilizada no processo operatório), com medicamentos, complementos alimentares, após a alta hospitalar (pós-cirurgia).

O departamento de serviço social emite uma comunicação interna para agendar o atendimento do paciente para avaliação e acompanhamento da nutricionista e psicóloga, os familiares também participam deste processo. O paciente também é encaminhado ao cardiologista e endocrinologista para avaliação médica. Trimestralmente, os pacientes recém-cadastrados no programa, e seus familiares, são convidados a participar de uma reunião informativa médica com a equipe multidisciplinar.

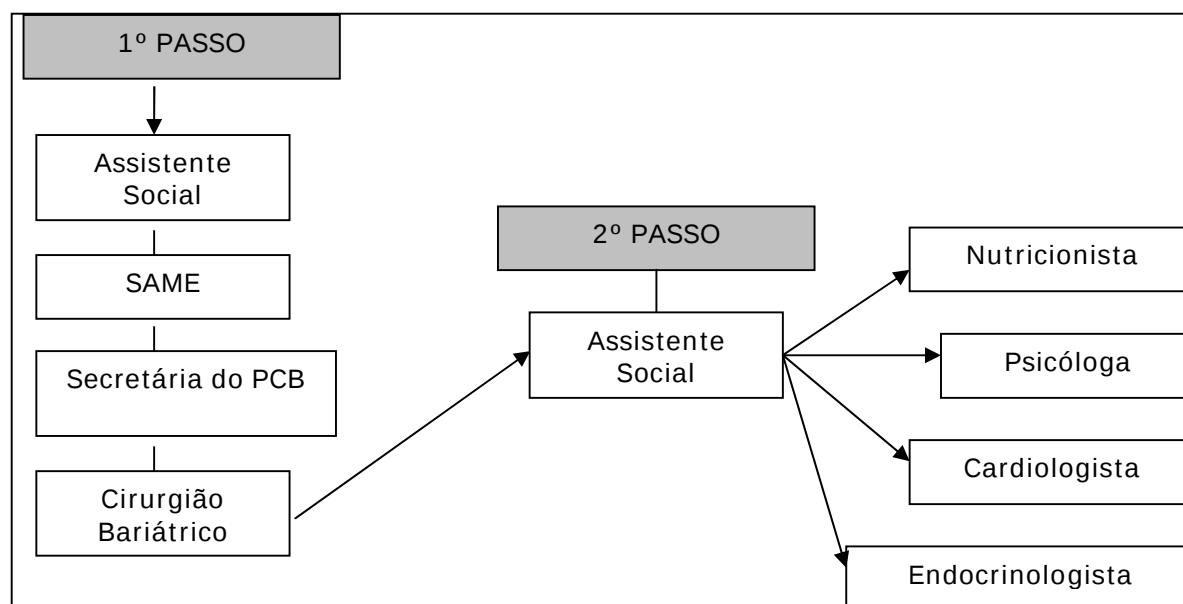


Figura 2 – Fluxograma do Atendimento Ambulatorial do PCB do HUPAA.

Os pacientes, após tentarem perder peso através de outros métodos como: dietas, exercícios físicos e psicoterapias, poderão ser submetidos a cirurgia. O paciente operado receberá acompanhamento do hospital no primeiro ano após a cirurgia a cada três meses; no segundo ano, se seis em seis meses; depois desse período, o acompanhamento será anual.

6 Análise dos Custos Ambulatoriais do PCB

A paciente em estudo iniciou no programa em março de 2005 e foi submetida a cirurgia em setembro de 2007. Neste período a paciente foi atendida pela equipe multidisciplinar para acompanhamento médico, psicológico, nutricional, cardiológico, endocrinológico e do anestesista. Estas consultas são necessárias para averiguação da saúde física e mental da paciente, além de esclarecê-la sobre o PCB, a cirurgia e as mudanças na rotina alimentar.

O custo do atendimento ambulatorial foi calculado com base no valor do salário mensal de cada profissional, acrescido os encargos de 105%. A jornada de trabalho dos profissionais é de 160 horas mensais e o tempo de consulta utilizado nos cálculos foi de 30 minutos, pois de acordo com dados do hospital este é o tempo médio estimado para atendimento por paciente. Estes atendimentos ambulatoriais totalizaram um custo de R\$ 684,20 (tabela 2).

Tabela 2: Custo do Atendimento Ambulatorial.

CONSULTAS	Total de Consultas nº	Custo Unitário R\$	Custo Total R\$
Assistente Social	22	9,12	200,70
Cardiologista	3	18,25	54,74
Cirurgião	15	18,25	273,68
Endocrinologista	2	18,25	36,49
Nutricionista	7	9,12	63,86
Pré-Anestesia	1	18,25	18,25
Psicologa	4	9,12	36,49
Total			684,20

Fonte: Registros do Hospital

Para cada atendimento ambulatorial o SUS repassa um valor fixo, por classe profissional, ao hospital. De acordo com a tabela 3 os recursos financeiros recebidos pelos atendimentos realizados foi de R\$ 227,91.

Tabela 3: Receita Custo do Atendimento Ambulatorial.

CONSULTAS	Total de Consultas n°	Receita Unitária R\$	Receita Total R\$
Assistente Social	22	2,04	44,88
Cardiologista	3	7,55	22,65
Cirurgião	15	7,55	113,25
Endocrinologista	2	7,55	15,10
Nutricionista	7	2,04	14,28
Anestesista	1	7,55	7,55
Psicóloga	4	2,55	10,20
Total			227,91

Fonte: Registros do Hospital

A análise revela que o custo total é 201,27% maior que a receita total, ou seja, este supri apenas 33,19% daquele. Logo, os recursos repassados pelo SUS são insuficientes para provê os custos com os atendimentos ambulatoriais.

7 Análise dos Custos da Cirurgia Bariátrica

7.1 Custos com Internação

Os custos com a internação correspondem ao consumo na clínica cirúrgica durante o período em que a paciente permaneceu no hospital, ou seja, fase operatória e pós-operatória. Neste período, a paciente recebeu medicamentos para preparação à cirurgia bariátrica e para recuperação pós-cirúrgica. Nesta fase, o custo com medicamentos totalizou R\$ 48,41 (Tabela 4).

Tabela 4 - Custos com Medicamentos

Medicamentos	Unidade	Quantidade	Custo Unitário R\$	Custo Total R\$
Antak (50mg)	ampola	5	0,28	1,40
Dipirona	ampola	11	0,22	2,42
Liquemine (5000ui / 0,25ml)	ampola	7	0,67	4,69
Diazepan	comprimido	2	0,62	1,24
Luftal (pote c/ 10ml)	gotas	40	0,19	7,60
Plasil	ampola	3	0,22	0,66
Soro Glicosado 5% (500ml)	ml	8	1,43	11,44
Soro Ringer Lactado (500ml)	ml	7	1,60	11,20
Tramal (50mg)	ampola	8	0,97	7,76
Total				48,41

Fonte: Registros do Hospital.

O cálculo do custo com a mão-de-obra foi realizado com base no valor do salário mensal, acrescido dos encargos sociais de 105%, dividido pelo número de pacientes internados no mês de setembro, neste caso, 170 pacientes. Adotara-se o rateio proporcional ao

número de dias em que a paciente ficou internada, ou seja, 5 (cinco) dias. Neste período o custo com a mão-de-obra foi de R\$129,59 (tabela 5).

Tabela 5 - Custos com Mão-de-Obra

Mão-de-Obra	Profissionais n°	Custo Unitário R\$	Custo Total R\$
Cirurgião	1	34,34	34,34
Fisioterapeuta	1	17,78	17,78
Nutricionista	1	17,78	17,78
Enfermeiras	2	12,06	24,11
Residentes	2	17,78	35,57
Total			129,59

Fonte: Registros do Hospital.

O custo total com a internação da paciente é de R\$ 178,00. Deste total 27,20% corresponde ao custo com medicamentos e 72,80% é representado pela mão-de-obra.

7.2 Custos Operatórios

Os custos operatórios correspondem aos gastos no centro cirúrgico (fase operatória) com medicamentos, materiais e mão-de-obra. Nesta fase, o custo com medicamentos foi de R\$ 241,52, incluindo oxigênio e soro (tabela 6).

Tabela 6 - Consumo de Medicamentos no Centro Cirúrgico.

Medicamentos	Unidade	Quantidade	Custo Unitário R\$	Custo Total R\$
Atropina (0,5mg)	ampola	1	0,37	0,37
Etomidato (12 mg)	ampola	1	5,08	5,08
Fentanil 50mcg+100mcg+300mcg=450mcg	ampola	1	3,60	3,60
Midozolan 5mg+10mg=15mg	ampola	1	4,00	4,00
Neocaina 0,5% com vaso constrictor 100 mcg	ampola	1	4,12	4,12
Oxigênio	litros	990	0,02	19,80
Pavulon (4mg)	ampola	1	3,54	3,54
Prostigme (1,5mg)	ampola	1	0,60	0,60
Ropivacaína 7,5mg	ampola	1	22,52	22,52
Sevorane (100ml)	ampola	1	169,00	169,00
Soro Ringer Lactato (500ml)	ml	5	1,60	8,00
Xylocaína 2% (100mg+10 iv=200mg)	ampola	1	0,89	0,89
Total				241,52

Fonte: Registros do Hospital.

Na fase operatória o custo com materiais foi de R\$ 3.145,20 (tabela 7). O grampeador linear 80mm vem com uma carga (01 unidade) e custa R\$ 1.033,00; a carga para o grampeador linear 80mm custa R\$ 762,00. Destas, foram utilizadas 02 (duas) unidades. O SUS repassa ao hospital o mesmo valor de aquisição dos itens supramencionados, porém, somente para uma carga e um grampeador. Logo, se no momento da cirurgia precisar utilizar outra carga, o SUS não repassa o valor adicional, ficando a cargo do próprio hospital o custo das demais cargas, é o caso da paciente em estudo. O custo com estes materiais representa 81,30% do custo com materiais, ou seja, 48,45% correspondem ao grampeador e 32,84% a carga. Do custo total com materiais os fios de sutura representam 11,67% e os outros materiais 7,01% (Tabela 7).

Tabela 7 - Materiais utilizados no Centro Cirúrgico.

Materiais	Unidade	Quantidade	Custo Unitário R\$	Custo Total R\$
Álcool	ml	30	0,0049	0,15
Algodão 2.0 c/ agulha	unidade	20	1,22	24,40
Algodão 3.0 c/ agulha	unidade	24	1,44	34,56
Algodão Hidrófilo	bolas	7	0,01	0,07
Carbogel (gel para ultrason)	ml	30	0,01	0,30
Carga p/ Grampeador 80mm	unidade	2	762,00	1.524,00
Coletor de Urina	unidade	1	13,16	13,16
Compressas Cirurgicas Estéril	unidade	30	4,71	141,30
Eletrodos	unidade	4	0,51	2,04
Equipo p/ Soro Macrogotas	unidade	1	0,86	0,86
Escova Descartável Embebida de PVPI	unidade	4	0,87	3,48
Esparadrapo (embalagem c/ 4,05 metros)	cm	60	0,01	0,60
Fita Cardíaca	unidade	1	0,84	0,84
Gaze	pct	20	0,42	8,40
Grampeador Linear 80mm	unidade	1	1.033,00	1.033,00
Cateter Intravenoso radiopaco-Abocath nº18	unidade	1	1,74	1,74
Lâmina Bisturi nº 21	unidade	1	0,16	0,16
Luvras Esterio	pares	15	0,62	9,30
Luvras Procedimentos	pares	3	8,75	26,25
Mascaras	unidade	6	0,13	0,78
Monocryl 0	unidade	3	18,83	56,49
Monocryl 1	unidade	2	18,23	36,46
Monocryl 2-0	unidade	6	17,71	106,26
Povidine Degermante	ml	50	0,01	0,48
Prolene 2	unidade	2	2,44	4,88
Prolene 3-0	unidade	8	4,76	38,08
Pró-pé	pares	6	0,09	0,54
PVPI	ml	100	0,01	1,00
Saco de Lixo	unidade	4	0,14	0,56
Seringa 10 ml	unidade	2	0,48	0,96
Seringas 20 ml	unidade	3	0,78	2,34
Sonda Foley nº14	unidade	1	1,18	1,18
Sonda Nasogastrica	unidade	1	0,43	0,43
Tocas descartáveis	unidade	6	0,10	0,60
Tubo Endotraquial	unidade	1	3,40	3,40
Vicryl 3-0	unidade	4	6,85	27,40
Vicryl 3-0 plástica	unidade	3	12,92	38,76
Total				3.145,20

Fonte: Registros do Hospital.

O custo com mão-de-obra foi calculado com base no valor do salário mensal, acrescido dos encargos sociais de 105%. O resultado foi dividido pela jornada de trabalho mensal (160 horas) e multiplicado pelas horas de dedicação a paciente, conforme a tabela XX. O custo total com mão-de-obra no centro cirúrgico foi de R\$1.021,10 (tabela 8). Deste total, correspondem ao custo: 44,37% residentes; 23,23% anestesista; 16,08% cirurgião bariátrico; e 16,31% auxiliares de enfermagem.

Tabela 8-Custos com Mão-de-obra no Centro Cirúrgico.

Mão-de-Obra	Profissionais nº	Unidade	Quantidade	Custo Unitário R\$	Custo Total R\$
Anestesista	1	hora/trabalhada	6,5	36,49	237,19
Auxiliar de Enfermagem	2	hora/trabalhada	13	12,81	166,58
Cirurgião Bariátrico	1	hora/trabalhada	4,5	36,49	164,21
Residentes	2	hora/trabalhada	12	37,76	453,07
Total					1.021,05

Fonte: Registros do Hospital.

O custo operatório, com a paciente em estudo, totalizou R\$ 4.407,82. Destes, 8,34% correspondem ao consumo de fios de sutura; 23,34% ao grampeador linear; 34,58% à carga para o grampeador linear; 23,17% referem-se ao custo da mão-de-obra; e 10,48% representam o consumo de medicamentos, materiais diversos e oxigênio (Tabela 9).

Tabela 9 – Custo Operatório Total

Consumo - Centro Cirurgico	Custo Total R\$
Fios de Sutura	367,70
Oxigênio	19,80
Medicamentos	221,22
Materiais Diversos	220,50
Grampeador Linear 80mm	1.033,00
Carga para grampeador linear 80mm	1.524,00
Mão-de-obra	1.021,05
Total	4.407,27

Fonte: Registros do Hospital.

7.3 Custos Totais com a Cirurgia Bariátrica

O custo total com a cirurgia abrange os custos diretos e indiretos na fase pré-operatória, operatória e pós-operatória, ou seja, da internação à alta hospitalar. Os custos diretos totalizaram R\$ 4.585,77 (tabela 10), destes 3,88% refere-se aos gastos com medicamentos e mão-de-obra durante o período em que a paciente ficou internada na clínica cirúrgica; e 96,12% correspondem ao consumo de medicamentos (5,48%), materiais (71,36%) e mão-de-obra (23,16%) no centro cirúrgico.

Tabela 10 – Custos Diretos.

Custos Diretos	Custo Total R\$
Internação	178,00
Operatórios	4.407,77
Total	4.585,77

Os custos indiretos com energia elétrica, lavanderia, limpeza, alimentação, administrativo, esterilização e manutenção e depreciação dos equipamentos, totalizaram R\$ R\$ 1.605,02 (tabela 11). De acordo, com os dados pesquisados no departamento de custos do Hospital, em setembro de 2006, os custos indiretos representavam aproximadamente 35% dos custos diretos, percentual adotado nesta pesquisa.

Tabela 11 – Custos Totais

Custos com Cirurgia	Custo Total R\$
Custos Diretos	4.585,77
Custos Indiretos	1.605,02
Total	6.190,79

O Hospital em estudo recebe do SUS uma receita de R\$ 3.259,72 (tabela 12), valor pré-estabelecido por cirurgia bariátrica realizada, para suprir os custos com a paciente, do momento da internação à alta hospitalar. Deste valor 31,69% destinam-se ao custeio de 01(um) grampeador linear (com uma carga); 23,38% para uma carga do grampeador linear; 30,70% para os serviços hospitalares; 10,23% para os gastos com a mão-de-obra e 4% para exames, caso a paciente necessite. Observa-se que o cirurgião dispõe, pelo SUS, de apenas duas cargas para o grampeador linear, é importante ressaltar este ponto, devido à expressividade do valor deste material (tabela 7) e da possibilidade de necessitar utilizar cargas adicionais, caso da paciente em estudo, pois como mencionado no início deste estudo, cada paciente possui suas particularidades e demandam tratamentos diferenciados.

Tabela 12 – Recursos Financeiros Recebidos do SUS (Receita).

Faturamento do SUS	Receita Total R\$
Grampeador Linear	1.033,00
Carga para Grampeador Linear	762,00
Serviços Hospitalares	1.000,67
Serviços Profissionais (mão-de-obra)	333,47
Exames	130,58
Total	3.259,72

Fonte: Registros do Hospital.

Ao comparar os custos totais de R\$ 6.190,79 e a receita recebida do SUS de R\$ 3.259,72, apresenta-se uma diferença de R\$ 2.931,07 (tabela 13). A diferença é expressiva, corresponde a 89,92% da receita que o Hospital recebe para realização deste tipo de cirurgia.

Tabela 13 – Custos Totais *versus* Receita Total.

Receita <i>versus</i> Custos	Valor R\$
1. Receita Total	3.259,72
2. Custo Total	6.190,79
Diferença (1-2)	-2.931,07

No entanto, a receita é suficiente para suprir apenas 52,65% dos custos totais (diretos e indiretos), ficando por conta do hospital os 47,35% restantes. A análise revela que os recursos financeiros recebidos do SUS provêm apenas 73,95% dos custos diretos, ou seja, é insuficiente para suprir os custos básicos para realização da cirurgia.

7 Conclusão

O Hospital vivencia diversas dificuldades, principalmente, em captar recursos, de controle de materiais e medicamentos; de demanda excessiva; de logística; com a diversidade de departamentos e classes profissionais; e a comunicação interna. Estas dificuldades retardam o processo de conhecimento, planejamento, análise e controle dos custos.

Nesta perspectiva, a pesquisa visa subsidiar os gestores do hospital com informações relevantes sobre o procedimento cirúrgico em estudo, como suporte a tomada de decisões. De acordo com os resultados encontrados, soube-se que esta é uma das cirurgias mais dispendiosas para hospital, pois demanda gastos elevados com medicamentos, materiais, mão-de-obra e infra-estrutura diferenciada para os obesos mórbidos.

Estes fatores tornam a gestão dos custos uma atividade complexa. Logo, deve-se levar em consideração que o Hospital desenvolve concomitantemente diversificadas atividades como de farmácia, hotelaria, lavanderia, manutenção, restaurante, laboratoriais de análises clínicas e patológicas, de ultra-sonografia, ambulatoriais, operatórias, de radiologia e de escola, além de prestar serviços a usuários distintos que necessitam de ajuste diferenciado e individual.

O Hospital Universitário não calcula os custos dos procedimentos realizados em seu centro cirúrgico, como também dos exames realizados no laboratório, ou em qualquer outro departamento. Inclusive não segrega os custos em diretos e indiretos e não adota critérios de rateio para apropriação destes. Atualmente, o setor de custos é anexado à contabilidade e exercido por uma única pessoa.

É preciso criar um setor de custos específico que utilize um sistema eficiente, que forneça informações fidedignas sobre os gastos do Hospital, além de classificar os custos em diretos, indiretos, fixos e variáveis; e distinga-os das despesas. Neste aspecto, sugeriu-se a aplicação do Custeio Direto, para subsidiar a tomada de decisões quanto a rentabilidade dos serviços, através do uso da margem de contribuição.

Esta é uma análise de custos precursora no HU e poderá ser utilizada como modelo para investigação dos gastos de diferentes procedimentos cirúrgicos, por meio do método sistêmico de coleta e tabulação dos dados.

A pesquisa revelou que os recursos repassados ao Hospital, para realização dos atendimentos ambulatoriais e a cirurgia, são insuficientes para prover os custos totais com tais procedimentos. Nesta ótica, “mais do que nunca, os gerentes de empresas de serviços precisam de informações para melhorar a qualidade, a pontualidade e a eficiência das atividades que executam, além de compreender precisamente o custo e a lucratividade de cada um de seus produtos, serviços e clientes” (KAPLAN; COOPER, 1998).

No entanto, mesmo diante das discrepâncias entre os custos e recursos financeiros repassados pelo SUS, o Hospital tem realizado a Cirurgia Bariátrica desde outubro de 2002. Vale ressaltar que este é o único hospital público credenciado pelo SUS no Estado de Alagoas para realização deste tipo de cirurgia. De outro modo, os obesos mórbidos menos favorecidos financeiramente não teriam acesso às benesses do tratamento da obesidade, que contribui de modo incomensurável para a melhora da saúde e da autoestima dos obesos.

Referências

BACKER, M.; JACOBSEN, L. **Contabilidade de Custos**: um enfoque de administração. Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cirurgia Bariátrica**. Disponível:

<http://portal.saude.gov.br/Portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=32578> Acesso em: 16 set. 2006.

BRASIL. **Portaria 628/GM**, de 26 de abril de 2001. Aprova o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida - Gastroplastia no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/anexoii-GM-628.htm>> Acesso em: 16 set. 2006.

CENEVIVA, R. et al. **Cirurgia Bariátrica e a Apnéia do Sono**. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO, 9., 2006, Ribeirão Preto. Anais... Ribeirão Preto: USP, 2006. p. 237-245.

COUTTOLENC, B. F.; ZUCCHI, P. **Gestão de Recursos Financeiros**. Saúde e Cidadania. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v.10.

FALK, J. A. **Gestão de Custos para Hospitais: Conceitos, Metodologias e Aplicações**. São Paulo: Atlas, 2001.

FIGUEIREDO, S.; CAGGIANO, P. C. **Controladoria: Teoria e Prática**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2004.

FURASTÉ, P. A. **Normas Técnicas para o Trabalho Científico: elaboração e formatação**. 14 ed. Porto Alegre, 2006.

GARRIDO JUNIOR, A. B. et al. **Cirurgia da Obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2000.

HORNGREN, C. T. **Introdução à Contabilidade Gerencial**. 5 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2000.

LEONE, G. S. G. **Custos: Planejamento, Implantação e Controle**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1991.

_____. **Curso de Contabilidade de Custos**. São Paulo: Atlas, 1995.

LINS, L.; SILVA, R. N. S. **Gestão Empresarial: com ênfase em custos**. São Paulo: THOMSON, 2005.

KAPLAN, R. S.; COOPER, R. **Custos e Desempenho**. São Paulo: Futura, 1998.

MARTINS, E. **Contabilidade de Custos**. São Paulo: Atlas, 2000.

MARTINS, V. F. **Desenvolvendo um modelo de resultados em serviços hospitalares com base na comparação entre receitas e custos das atividades associadas aos serviços**. 2002, 117 f. Dissertação (Pós-graduação em Engenharia da Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SALOMON, D. V. **Como fazer uma monografia**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SEGAL, A.; FANDINÔ, J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, nº 24, 2002. Disponível em:

<<http://www.abeso.org.br/pdf/set/Segal-Contra%20ind%20para%20cir.%20bariátrica.pdf>>
Acesso em: 16 set. 2006.