



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

KASSIA CRISTINA CAVALCANTI ARCOVERDE

CUSTOS DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA HOSPITALAR DE ALTO RISCO

Recife

2021

KASSIA CRISTINA CAVALCANTI ARCOVERDE

CUSTOS DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA HOSPITALAR DE ALTO RISCO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Rafael Coutinho Costa Lima

Coorientadora: Profa. Dra. Suely Arruda Vidal

Recife

2021

Bibliotecária Maria Betânia de Santana da Silva, CRB4-1747

Custos da assistência obstétrica hospitalar de alto risco / Kassia Cristina Cavalcanti Arcoverde. – 2021.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Coutinho Costa Lima.

Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) –
Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2021.

1. Contabilidade de custo. 2. Hospitais – Serviços à maternidade. 3. Sistema único de saúde (SUS). 4. Análise de custo. I. Lima, Rafael Coutinho Costa (Orientador). II. Vidal, Suely Arruda (Coorientador(a)). III. Título.

657.42 CDD (22. ed.)

UFPE (CSA 2021 – 093)

KASSIA CRISTINA CAVALCANTI ARCOVERDE

CUSTOS DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA HOSPITALAR DE ALTO RISCO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde

Aprovada em: 24/02/2021

Banca Examinadora

Profº. Dr. Rafael Coutinho Costa Lima (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Profª. Dra. Suely Arruda Vidal (Coorientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Profª. Dra. Erlene Roberta Ribeiro dos Santos (Examinadora Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Profª. Dra. Umbelina Cravo Teixeira Lagioia (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dr. Paulo Henrique Pereira de Menezes Vaz (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico essa pesquisa primeiramente a Deus, autor da minha vida, companheiro de todos os momentos. Ele alimentou a minha alma com serenidade e esperança durante toda a jornada, sei que esteve comigo desde o início de tudo, sem Ele nada seria possível.

As minhas filhas Júlia e Letícia, que foram compreensivas nos momentos de estresse e ausência.

E, principalmente, aos meus pais Carlinhos e Lenise, que sempre me apoiaram na vida e nos estudos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, á Deus que me deu energia e condições para concluir esse trabalho, sem sua presença esta pesquisa seria inviável, pois é dEle proveniente todo o conhecimento.

Às minhas filhas, Júlia e Letícia, a razão e a motivação de buscar fazer o melhor em tudo que eu realizo na minha vida.

A minha família, base fundamental. Minha mãe Lenise, meu pai José Carlos, minhas irmãs Katia e Tayná.

Aos professores do Mestrado da PPGGES, pelo interesse e esforços em prol da pesquisa e do crescimento acadêmico da instituição.

Aos amigos e funcionários do mestrado, pela convivência e amizade, das quais em nenhum momento esquecerei.

Aos colegas de trabalho da Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria de Saúde de Olinda pelo companheirismo, compreensão e apoio durante a jornada desta pós-graduação.

Aos funcionários do HAM e do Núcleo de Economia da Saúde/SESPE pela disponibilidade e colaboração na realização dessa pesquisa.

A todas as outras pessoas que direta ou indiretamente colaboraram com o sucesso deste trabalho

Enfim, agradeço a todas as pessoas que fizeram parte dessa valorosa etapa em minha vida.

*Portanto dele, por Ele e para Ele são todas as coisas.
A Ele seja a glória perpetuamente! Amém.*

Romanos 11:36

RESUMO

A análise dos custos do internamento oferece informações a gestão acerca da realidade da instituição, que subsidiará as medidas de controle de custos e o melhor uso dos seus recursos. Este trabalho objetiva investigar o perfil e apurar os custos da assistência obstétrica hospitalar de gestantes de alto risco em hospital-maternidade de referência de Pernambuco. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, confrontando os custos incorridos com os repasses do SUS. Como método utilizou-se o estudo de caso e a coleta de dados realizada a partir de documentos disponibilizados em instituições públicas. As gestantes se concentraram na faixa etária entre 26 a 39 anos, 48,4% buscaram assistência espontaneamente e um terço foi classificada sem risco obstétrico. O parto respondeu por 64,1% das internações, os principais problemas que motivaram o internamento foram síndrome hipertensiva da gravidez (45,7%), trabalho de parto prematuro (12,5%) e infecções (7,2%), para mais da metade o tempo de permanência foi acima de 04 dias. Os custos diretos R\$ 24.616.692,88 representaram 82,2% dos custos totais da assistência obstétrica hospitalar (R\$ 29.943.073,19), enquanto os indiretos 4,0%, o principal item de custo foi o pessoal 63,5% dos custos totais. Os resultados revelaram dificuldades de financiamento em um hospital da rede pública, onde a receita não cobre os seus custos.

Palavras-chave: Contabilidade de custos. Custos hospitalares. Gestação de alto risco. Análise de custos.

ABSTRACT

The analysis of hospitalization costs provides management with information about the institution's reality, which will support cost control measures and the best use of its resources. This work aims to investigate the profile and determine the costs of hospital obstetric care for high-risk pregnant women in a reference maternity hospital in Pernambuco. This is an exploratory and descriptive research, comparing the costs incurred with the transfers from the SUS. The method used was the case study and data collection carried out from documents made available in public institutions. Pregnant women were concentrated in the age group between 26 and 39 years old, 48.4% spontaneously sought care and a third were classified as having no obstetric risk. Childbirth accounted for 64.1% of hospitalizations, the main problems that motivated hospitalization were hypertensive pregnancy syndrome (45.7%), premature labor (12.5%) and infections (7.2%), for more than half the length of stay was over 04 days. The direct costs R\$ 24,616,692.88 represented 82.2% of the total costs of hospital obstetric care (R\$ 29,943,073.19), while the indirect costs 4.0%, the main cost item was personnel 63.5% of total costs. The results revealed financing difficulties in a public hospital, where the revenue does not cover its costs.

Keywords: Cost accounting. Hospital costs. High-risk pregnancy. Cost analysis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Desenho organizacional da rede cegonha.....	25
Figura 2 - Custo por absorção.....	36

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - atendimentos na emergência obstétrica – HAM, Pernambuco 2018.	55
Gráfico 2 - Classificação de risco das mulheres assistidas na emergência obstétrica do HAM conforme tipo de procedência e prioridade de classificação - HAM, 2018. .	56
Gráfico 3 - Distribuição dos internamentos por localização da macrorregional de residência.	58
Gráfico 4 - Distribuição por natureza do internamento - HAM, 2018.	58
Gráfico 5 - Distribuição das principais causas dos internamentos gerados na maternidade do HAM, 2018.	59
Gráfico 6 - Distribuição da razão dos internamentos relacionados ao parto - HAM, 2018.	62
Gráfico 7 - Distribuição dos custos direto por centro de custo da assistência obstétrica hospitalar do HAM. Recife, 2018.	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição da composição do instrumento de contratação	23
Quadro 2 - Fatores de risco gestacional.	27
Quadro 3 - Classificação dos custos hospitalares.....	30
Quadro 4 - Distribuição dos principais procedimentos analisados na assistência obstétrica por código e valor financeiro segundo o SIGTAP/SUS.	47
Quadro 5 - Identificação dos custos	50
Quadro 6 - Critério de atendimento - classificação de risco/MS.....	52
Quadro 7 - Cálculo de indicador hospitalar.	52
Quadro 8 - Relação dos setores e o elenco de informações disponibilizadas na pesquisa.....	53
Quadro 9 - Distribuição dos gastos da Secretaria Estadual de Saúde/PE - HAM, 2018.	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Parâmetro de necessidade de leitos obstétricos.....	26
Tabela 2 - Distribuição das queixas/diagnósticos/encaminhamentos apresentados na emergência obstétrica - HAM, 2018.	57
Tabela 3 - Distribuição de frequência absoluta e relativa, média, desvio padrão e valores mínimo e máximo do tempo de permanência (diária) segundo período gravídico puerperal - HAM, 2018.....	59
Tabela 4 - Distribuição dos internamentos obstétricos por idade, tempo médio de permanência em enfermaria e na UTI. Recife, 2018.....	60
Tabela 5 - Distribuição dos partos realizados por idade, procedimento e tempo de permanência na enfermaria e na UTI. Recife, 2018.....	61
Tabela 6 - Distribuição do tratamento clínico hospitalar por idade, procedimento, tempo de permanência na enfermaria e na UTI. Recife, 2018.	62
Tabela 7- Distribuição dos internamentos relacionados a hipertensão, por idade, procedimento, tempo de permanência na enfermaria e na UTI. Recife, 2018.	63
Tabela 8 - Distribuição dos internamentos relacionados a pré-eclâmpsia, por idade, procedimento, tempo de permanência na enfermaria e na UTI.	64
Tabela 9 - Distribuição dos internamentos relacionados ao trabalho de parto prematuro, por idade, procedimento, tempo de permanência na enfermaria e na UTI. Recife, 2018.	65
Tabela 10 - Distribuição dos internamentos relacionados ao tratamento de infecções, por idade, procedimento, tempo de permanência na enfermaria e na UTI. Recife, 2018.	66
Tabela 11 - Demonstrativo da receita conforme contratualização do HAM - 2018....	67
Tabela 12 - Composição da receita do hospital Agamenon Magalhães. Recife, 2018.	67
Tabela 13 - Descrição dos recursos financeiros - HAM, 2018.....	69
Tabela 14 - Distribuição dos gastos do HAM agregado por item de custo e despesa. Recife, 2018.	69
Tabela 15 - Demonstração do balanço receita/gastos do HAM. Recife, 2018.	71
Tabela 16 - Rateio dos recursos recebidos por clínica (incentivo do ministério da saúde e cofinanciamento) do HAM. Recife, 2018	71

Tabela 17 - Descrição do custo direto por centro de custo da assistência obstétrica de alto risco - HAM, 2018.....	72
Tabela 18 - Descrição do custo indireto da assistência obstétrica de alto risco - HAM, 2018.	74
Tabela 19 - Descrição dos custos administrativos e intermediários do HAM. Recife, 2018.	75
Tabela 20 - Absorção dos custos por centro de custo produtivo – HAM. Recife, 2018.	76
Tabela 21- Identificação dos custos unitários por unidade de rateio e centro de custos finais no HAM. Recife, 2018.....	77

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

AIH	Autorização de Internamento Hospitalar
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
CGBP	Casa de Gestante, Bebê e Puérpera
CPN	Centro de Parto Normal
GAR	Gestantes de Alto Risco
GCE/RC	Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SISMAC	Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade
SISPAR	Sistema de Plano de Ação das Redes Temáticas
SUS	Sistema Único de Saúde
TMP	Tempo Médio de Permanência
TXO	Taxa de Ocupação hospitalar
UAR	Unidade de Alto Risco
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS.....	21
2.1 Objetivo geral	21
2.2. Objetivos específicos	21
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	22
3.1 Política pública em saúde e a organização da rede de atenção a gestante	22
3.2 Custos	28
3.2.1 Classificação dos Custos Hospitalares	29
3.2.2 Métodos de custeio	32
3.2.2.1 Custeio Variável ou Custeio Direto	32
3.2.2.2 Custeio Baseado em Atividades (Activity-Based Costing – ABC)	33
3.2.2.3 Custeio por absorção	34
3.3 Gestão de custo hospitalar	37
3.4 Custos para tomada de decisão.....	39
4 METODOLOGIA	41
4.1 Local do estudo: maternidade do Hospital Agamenon Magalhães (HAM) ...	41
4.2 Descrição da unidade de análise: assistência obstétrica hospitalar do HAM	41
4.3 Coleta e análise dos dados	43
4.4 Aspectos éticos	54
5 RESULTADOS.....	55
5.1 Gestantes assistidas na maternidade de alto risco - HAM.....	55
5.2 Custos do Hospital Agamenon Magalhães	66
5.3 Custos da internação na assistência obstétrica do HAM	71
6 DISCUSSÃO	79
7 CONCLUSÃO	88

REFERENCIAS.....	90
ANEXO A - Descrição de termos e variáveis	99
ANEXO B - Carta de anuência do Centro de Estudos/HAM.....	104
ANEXO C - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	105

1 INTRODUÇÃO

O financiamento do SUS, conforme a Emenda Constitucional nº 29 aprovada em setembro de 2000, é de responsabilidade comum aos três níveis de governo, federal, estadual e municipal (BRASIL, 2000a).

Independentemente do nível de governo que execute o pagamento, o SUS utiliza um mesmo sistema de informações para os Serviços Ambulatoriais (SIA) e outro para os Serviços Hospitalares (SIH). Todo o sistema público utiliza uma única tabela de preços, definida pelo Ministério da Saúde, que presta como parâmetro para a transferência de recursos, usualmente da União para Estados e Municípios, para fins de remuneração a título de incentivos financeiros ou pagamento por serviços executados (BRASIL, 2017a).

Todas as normas gerais para o financiamento assim como a contratualização e as responsabilidades de cada esfera de gestão está fundamentada na Política Nacional de Atenção Hospitalar/MS. Nela se estabelece como um dos eixos da gestão hospitalar o instrumento de contratualização, que é a formalização da relação entre o gestor público e os hospitais, seja ele público ou privado, descreve os recursos para o custeio da atenção hospitalar por meio de cumprimento de metas de assistência e responsabiliza a união, estados e municípios pela execução e organização das ações nos seus respectivos territórios, assim como no seu financiamento, estabelecendo o compromisso entre as partes (SALGADO, 2017).

A Lei Complementar nº 101 de 04 de maio de 2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal amparadas na constituição Federal, através de relatórios de execução orçamentária apresentados de uma maneira compreensível para a sociedade. A administração pública deverá obedecer às normas de contabilidade pública e ainda prover sistema de custos que permita a avaliação e o acompanhamento da gestão orçamentária, financeira e patrimonial (BRASIL, 2000b).

A implantação de um sistema de gestão de custos, proporciona produção dos dados e a organização da instituição necessária para esta produção, trazendo importantes benefícios e ganhos ao serviço de saúde (BRASIL, 2013b).

O método de custeio por absorção ou departamentalização é o mais simples e comum no Brasil sendo recomendado pelo Ministério da Saúde em seu Programa Nacional de Gestão de Custos e aceito pela legislação brasileira (BRASIL, 2006). O APURASUS é uma ferramenta pública desenvolvida pelo Ministério da Saúde capaz de atender a hospitais de toda rede do SUS auxiliando no processo de apuração de seus custos (BRASIL, 2013b).

Abbas, Gonçalves e Leoncine (2012) afirmam que no método de custeio por absorção o valor dos custos dos bens ou serviços é apurado, tomando como base todos os custos da produção. Os custos diretos e indiretos são apropriados a todos os bens e serviços, enquanto as despesas são lançadas diretamente ao resultado. Esse método de custeio é utilizado com finalidade gerencial, importante ferramenta nas deliberações administrativas.

Os sistemas de saúde têm como propósito incorporar tecnologias que proporcionem o máximo de benefícios à população, para tal deverá ser garantido recursos para a sua execução (ENTRINGER et al., 2013). A prestação de serviços públicos tem buscado avançar na qualidade de seus serviços, os sistemas de custos é um instrumento de gestão capaz de subsidiar o processo decisório (RAUPP; CRISPIM; ALMEIDA, 2007).

A avaliação de gastos com tecnologia proporciona a otimização dos recursos utilizados, assim como uma análise dos custos de internamentos disponibiliza informações relevantes a gestão, acerca da realidade de sua instituição que subsidiará as medidas de controle de custos, melhor utilização dos recursos e investimentos (LIMA et al., 2012).

Carpintéro (1999) enfatiza que para as instituições que recebem verbas públicas, a determinação dos custos de suas atividades orienta quanto à eficiência, eficácia, comparação e controle.

No processo saúde-doença as pessoas apresentam probabilidades diferentes para adoecer ou morrer. As necessidades de cuidados variam entre mínimo quando de baixo risco ou com menor probabilidade de danos à saúde, até o máximo, quando há maior probabilidade deste dano. Desta forma a assistência a esses grupos serão diferenciadas e direcionadas conforme a sua identificação (BRASIL, 2012a).

A gravidez é um evento fisiológico, que evolui de forma natural e normalmente com desfechos bem sucedidos, entretanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) refere que no mundo cerca de 830 mulheres morrem por dia por causas evitáveis relacionadas a gestação e parto. Isso ocorre por desigualdade no acesso aos serviços de saúde. As complicações geradas podem acontecer antes ou depois da gravidez, na sua grande parte poderia ser tratada ou evitada. A hipertensão, hemorragias graves, infecções, complicações no parto e abortos são as principais causas da mortalidade materna, representando 75% do total (OPAS, 2018).

A gestação, parto e puerpério de risco é por definição, no Ministério da Saúde, como:

[...] situações nas quais a saúde da mulher apresenta complicações no seu estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez no parto ou puerpério, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores socioeconômicos e demográficos desfavoráveis (BRASIL, 2013a, p. 2).

A estruturação da rede implica na disponibilidade de serviços de pré-natal para o baixo e alto risco, planejamento familiar, serviços especializados para atendimento das emergências obstétricas e partos incluindo os de alto risco, leitos de UTI neonatal e para adultos, leitos de berçário para cuidados intermediários (BRASIL, 2012a).

As complicações materno-fetais decorrentes dos riscos associados durante a gestação podem prolongar o tempo de internação, a necessidade de cuidados especializados para a mãe, o feto e recém-nascido pode elevar os custos hospitalares, sendo este, uma preocupação destas instituições no maior controle de gastos, otimização de recursos e em investimentos tecnológicos. O sistema de custos é um importante instrumento de auxílio à gestão hospitalar e nas tomadas de decisões (LIMA et al., 2012).

Estudos que abordam a temática de custos hospitalares permitem as discussões e esclarecimentos sobre gestão e planejamento em saúde. Ainda há escassez de trabalhos com essa abordagem, sobretudo nos custos obstétricos.

Nesse contexto, quais os custos do internamento a gestante de alto risco e a sua viabilidade do ponto de vista econômico-financeira? Quais as características das mulheres assistidas nesta unidade hospitalar? Este trabalho consiste descrever os custos do internamento da assistência obstétrica de alto risco no âmbito do SUS,

retratando o perfil das mulheres atendidas no hospital de referência em Pernambuco. Além disso, busca do ponto de vista acadêmico oferecer subsídio aos gestores do SUS para aplicar a apuração dos custos na melhoria da estrutura da rede de referência para o alto risco, fomentando as discussões para uma tomada de decisão, otimização de recursos, realização de investimentos, provocando também os demais entes federativos quanto ao repasse de recursos necessários para a garantia da assistência prestada e qualificação dos serviços oferecidos as gestantes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Apurar os custos do internamento ocorrido numa maternidade de alto risco sob a perspectiva do SUS, caracterizando as mulheres assistidas.

2.2. Objetivos específicos

- Investigar o perfil das gestantes internadas na maternidade de Alto Risco do Hospital Agamenon Magalhães.
- Apurar a receita do SUS e a composição financeira da assistência hospitalar obstétrica do HAM.
- Identificar os custos diretos e indiretos na assistência obstétrica hospitalar de alto risco.
- Comparar os custos totais com a receita para a assistência obstétrica no Hospital Agamenon Magalhães.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Política pública em saúde e a organização da rede de atenção a gestante

Está instituído como direito fundamental e social do ser humano na Constituição Federal de 1988 o direito à saúde e a dignidade da pessoa humana. O poder público tem como competência resguardar os princípios e direitos estabelecidos, zelando pela sua proteção e efetivação, através do desenvolvimento de políticas públicas que devem ser executadas pelo Estado objetivando reduzir os riscos de doenças de grave risco (DIAS, 2015).

O planejamento e a organização dos serviços públicos prestados à sociedade é uma atividade do Estado. O direito à saúde é viabilizado por meio da principal política pública brasileira que é o Sistema Único de Saúde (SUS) que deverá ser universal, integral e gratuito (DIAS, 2015).

Em Brasil (2012b), há muito se mencionava da ausência de políticas no setor hospitalar visando a reestruturação das instituições que respondesse as reais necessidades de saúde da população integrada a uma rede de serviços local e regional.

No Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino em 2005 o Ministério da Saúde destaca o processo de contratualização como o eixo fundamental do Programa. Trata-se de um importante instrumento de gestão que possibilita uma programação orçamentária e financeira efetiva, além de ampliar os mecanismos de participação e controle social, componentes essenciais para o efetivo funcionamento do SUS (BRASIL, 2012b). O quadro 1 faz a descrição desta composição.

No instrumento formal de contratualização, o gestor do SUS e o representante legal do hospital, estabelecem metas quantitativas e qualitativas de atenção à saúde e de gestão hospitalar. Este modelo de financiamento está baseado no repasse de incentivos financeiros previstos a partir da série histórica da produção hospitalar (SALGADO, 2017).

Quadro 1 – Descrição da composição do instrumento de contratação

Item	Descrição
Incentivo financeiro	Todo valor pré-fixado destinado ao custeio de um hospital, repassado de forma regular e automática aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios ou diretamente às universidades federais, condicionado ao cumprimento de compromissos e/ou metas específicos, definidos por regimentos próprios.
Orçamentação parcial	Forma de financiamento composta por um valor pré-fixado e um valor pós-fixado.
Valor pré-fixado	Parte dos recursos financeiros provisionada ao hospital contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado de parte do valor previsto para desembolso no período contratado.
Valor pós-fixado	Valor destinado ao custeio de um hospital condicionado ao cumprimento das metas de produção, composto pelo valor dos serviços de Alta Complexidade e do Fundo de Ações Estratégicas de Compensação (FAEC), calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção apresentada pelo hospital e autorizada pelo gestor estadual, do Distrito Federal ou municipal.

Fonte: Portaria do Ministério de Consolidação Nº 2 (BRASIL, 2017b).

Os incentivos federais (IAC¹; EX-FIDEPS² e IAPI³) são recursos pré-fixados destinados aos estabelecimentos de saúde como forma de incremento para compensar o déficit existente no custeio dessas unidades, devendo atender a todos os serviços de referência do HAM (BRASIL, 2017b).

A política nacional de atenção hospitalar estabelecida em 2013 promove um conjunto de diretrizes para organizar e qualificar o componente hospitalar da rede de atenção à saúde, permitindo um financiamento responsável a partir de contratos com metas definidas e avaliação de resultados com ajustes aos valores praticados ao seu custo real, onde estarão submetidos ao acompanhamento permanente da regulação pública (BRASIL, 2017b).

¹ IAC – Incentivo de Apoio à Contratualização - foi instituído para possibilitar o repasse de recursos aos estabelecimentos hospitalares mediante publicação de portarias.

² EX-FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa

³ IAPI – Incentivo para a Assistência Ambulatorial Hospitalar e de Apoio diagnóstico à População Indígena

A rede de assistência obstétrica deve ser organizada para atender à todas as necessidades de gestantes da localidade, facilitando o acesso e continuidade do acompanhamento. O seu financiamento é constituído através dos recursos da União, dos Estados e dos Municípios. Deve disponibilizar os diversos serviços, dentre eles o pré-natal para o baixo e alto risco, planejamento familiar, serviços hospitalares especializados para atendimento das emergências obstétricas e partos, incluindo os de alto risco, leitos de UTI para adultos etc. A disponibilização destes serviços pode coexistir num mesmo município ou organizados em uma região de saúde (BRASIL, 2017c).

Cerca de meio milhão de mortes maternas acontecem no mundo todo em cada ano, conforme estimativas oficiais. Segundo a OMS, 88 a 98% das mortes são evitáveis. A morte de uma mulher no curso da gravidez ou do parto em consequência do mal uso dos recursos disponíveis do governo, pode implicar ao Estado uma violação dos direitos humanos, mais precisamente uma violação das mulheres ao direito à vida (OPAS, 2018). O Fundo das Nações Unidas para Infância corrobora com essas afirmações, apontando que aproximadamente 80% das mortes maternas podem ser evitadas se houver acesso a atenção básica de saúde e assistência hospitalar obstétrica (UNICEF, 2009).

A partir da homologação dos planos de ação da Rede Cegonha em PE pelo Ministério da Saúde através da Resolução CIBPE Nº 1.872 de 26 de março de 2012, ocorreram o financiamento dos leitos obstétricos habilitados com os repasses do fundo nacional para Pernambuco e municípios, todo o investimento de implantação da rede até o final de 2018 foi aproximadamente em 103 milhões de reais, conforme dados obtidos do SISMAC/DATASUS (BRASIL, 2018b).

Figura 1 - Desenho organizacional da rede cegonha.

Municipal	• Atenção resolutiva ao pré-natal de risco habitual e alto risco (consultas e exames), transporte seguro, parto de risco habitual (Centro de Parto Normal), puerpério e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, direitos sexuais e direitos reprodutivos no âmbito da Atenção Primária.
Microrregional	• Pré-natal e acompanhamento da criança de alto risco (consulta de acompanhamento do especialista), assistência ao parto de risco habitual (Maternidade), direitos sexuais e direitos reprodutivos no âmbito da Atenção Secundária e apoio diagnóstico complementar de média complexidade.
Regional	• Menor nível de referência para o SAMU Cegonha (USB e USA), Casa da Gestante Bebê e Puérpera (CGB).
Macrorregional	• Assistência ao parto de alto risco e apoio diagnóstico complementar de alta complexidade, UTI adulto, UTI e UCI neonatal, Banco de Leite Humano, Alojamento Canguru, Central de Regulação.
Macrorregional Interestadual	• Assistência ao parto de alto risco e apoio diagnóstico complementar de alta complexidade, UTI adulto, UTI e UCI neonatal, Banco de Leite Humano, Alojamento Canguru, Central de Regulação.
Estadual	• Medicina fetal, procedimento cirúrgico neonatal, reprodução assistida, genética médica e apoio diagnóstico complementar de alta complexidade

Fonte: Subprojeto QualiSUS-PE-Web/2012(PERNAMBUCO, 2012).

As dificuldades por parte dos municípios em manter uma equipe completa de profissionais nos plantões das maternidades de risco habitual (02 obstetras, 01 pediatra, 01 anestesista e 01 enfermeiro obstétrico), tem ocasionado grandes deslocamentos de gestantes a procura de assistência, o que aumenta o risco de uma gestação de baixo risco evoluir para alto risco. Esta demanda desordenada vem levando a superlotação das referências estaduais, que passam a receber um quantitativo maior de gestantes de alto risco acima do previsto pela OMS de 15% do total de gestantes ao ano (PERNAMBUCO, 2016).

Em 2018, Pernambuco apresentava uma população estimada em 9.496.366 habitantes dados do IBGE (2018a) e a Secretaria Estadual de Saúde identificou que 85% do total (8.071.911 hab.) era SUS dependente. A população de mulheres em idade fértil dos 10 aos 49 anos, neste mesmo ano, era de 3.147.505 hab., a qual corresponde a 33% da população, segundo dados do SINASC/MS (PERNAMBUCO, 2019).

Para compor a infraestrutura da rede de atenção materno infantil, em Pernambuco, seriam necessários 1.562 leitos obstétricos para atender a população

SUS em 2018, sendo 355 leitos (15% do total de leitos) a quantidade estimada para gestantes de alto risco e 31 leitos de UTI adulto (2% do total de leitos) para atender as complicações em decorrência da gestação (BRASIL, 2017d).

O Plano Estadual de Saúde de PE para o quadriênio 2020-2023 retrata que em 2018 a rede obstétrica estadual constituía de 1.077 leitos de risco habitual e 408 no alto risco, totalizando 1.485, divergindo do quantitativo apresentado através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – (CNES/MS) no mesmo período (2.299 leitos), representando uma diferença de 814 leitos entre os cadastrados no CNES e os chamados ativos pela SES (PERNAMBUCO, 2019).

Tabela 1- Parâmetro de necessidade de leitos obstétricos.

Descrição	Parâmetro	Leitos Necessários/ Portaria	Leitos Ativos Existentes
Leitos Obstétricos (Risco Habitual)	$\{ \text{Gestantes Estimadas} \times 3 \text{ dias}^* (\text{média de permanência}) / [365 \text{ dias} \times 0,85 (\text{taxa ocupação } 85\%^*)] \} \times 1,21 (\text{ajuste para outros procedimentos obstétricos}) = [(NV \times 1,05) \times 3] / (365 \times 0,85) \times 1,21$	1.207 (85% População – Pop SUS dependente)	1.077 (SUS)**
Leitos Obstétricos (Gestação de Alto Risco – GAR)	$\{ \text{Gestantes Estimadas} \times 5 \text{ dias}^* (\text{média de permanência}) / [365 \text{ dias} \times 0,85 (\text{taxa ocupação } 85\%^*)] \} \times 1,21 (\text{ajuste para outros procedimentos obstétricos}) = [(NV \times 1,05) \times 5] / (365 \times 0,85) \times 1,21$	355 (85% - Pop. SUS dependente)	408 (SUS)**
Leito UTI Adulto (Leitos obstétricos)	1 a 2% dos leitos obstétricos necessários na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço.	16 - 31 (85% - Pop SUS dependente)	27 (SUS)**

Fonte: Portaria Consolidação nº 1 de 2017 /Rede Cegonha (BRASIL, 2017e).

Na perspectiva de apoiar a regionalização, melhorando a capacidade de articulação dos serviços entre as regiões de saúde, fortalecendo a rede e superando a fragmentação na gestão e na atenção, o Ministério da Saúde institui o protocolo de classificação de risco ampliando o acesso e qualificando o cuidado da assistência obstétrica do Brasil (BRASIL, 2017f).

O protocolo de classificação de risco (2017) constitui uma ferramenta de apoio à decisão clínica utilizando uma linguagem única para os serviços de emergência obstétrica. Possibilita a organização de fluxos, priorizando o atendimento de forma ágil a partir dos sinais e sintomas de maior gravidade. Sua utilização baseia-se nas seguintes categorias de sistematização: 1. Alteração do nível de consciência/estado mental; 2. Avaliação da respiração e ventilação; 3. Avaliação da circulação; 4. Avaliação da dor; 5. Sinais e sintomas gerais e 6. Fatores de risco (BRASIL, 2017f).

Quadro 2 - Fatores de risco gestacional.

Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis	História reprodutiva anterior	Condições clínicas preexistentes	Doença obstétrica na gravidez atual	Intercorrências clínicas
- Idade > 35 anos - Idade < 15 anos ou menarca há < 2 anos* - Altura < 1,45m - Peso pré-gestacional < 45kg e > 75kg (IMC: 30) - Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos - Situação conjugal insegura - Conflitos familiares - Baixa escolaridade; - Condição ambiental desfavorável - Dependência de drogas lícitas ou ilícitas - Hábitos de vida – fumo e álcool - Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse	- Abortamento habitual - Morte perinatal - História de RN com crescimento restrito ou malformado - Parto pré-termo anterior - Esterilidade/infertilidade - Intervalo interpartal < 2 anos ou > 5 anos - Nuliparidade e grande multiparidade - Síndrome hemorrágica ou hipertensiva - Diabetes gestacional - Cirurgia uterina anterior (incluindo ≥ 2 cesáreas anteriores).	- Hipertensão arterial - Cardiopatias - Pneumopatias - Nefropatias - Endocrinopatias (principalmente diabetes e tiroidopatias) - Hemopatias - Epilepsia - Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local) - Doenças autoimunes - Ginecopatias - Neoplasias.	- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico - Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada - Ganho ponderal inadequado - Pré-eclâmpsia e eclâmpsia - Diabetes gestacional - Amniorrexe prematura - Hemorragias da gestação - Insuficiência istmo-cervical - Aloimunização; - Óbito fetal	- Doenças infecto contagiosas durante a atual gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.) - Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).

Fonte: Gestação de Alto Risco – Manual Técnico/Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a).

Algumas complicações na gestação podem prolongar o tempo de internação da mãe ou do recém-nascido, necessitando de assistência especializada com profissionais capacitados que oneram os custos hospitalares (LIMA et al., 2012). A média de permanência descreve fatos importantes dos procedimentos sob análise,

explica os padrões típicos de atendimento, eleva os custos com internamento (FALK, 2001).

Segundo Falk (2001), a complexidade de uma organização hospitalar representa um nível de gasto significativo. O hospital que não detém do conhecimento de custos, utilização de recursos de determinados procedimentos, conforme o perfil do seu paciente, está em grande desvantagem sobre as demais instituições.

Estudar detalhadamente sobre custos possibilita conhecer o seu comportamento e variáveis que possam interferir em diversos serviços do hospital (FALK, 2001).

3.2 Custos

A contabilidade de custos surgiu a partir da contabilidade financeira após o século XVIII, pela necessidade de analisar o estoque na indústria. A partir do desenvolvimento tecnológico e empresarial no século XX, ela avançou e passou de uma ferramenta de auxílio ao planejamento e controle para um recurso importante na tomada de decisões gerenciais (MARTINS, 2003).

O controle e o levantamento dos custos em saúde, são ferramentas produtivas de grande relevância para a gestão e de acompanhamento dos serviços, podem apontar medidas corretivas visando melhorar o desempenho das unidades, levando ao aumento da produtividade, melhor uso dos recursos e da capacidade administrativa (BRASIL, 2006).

A explanação da terminologia de custos se faz necessário para que haja melhor compreensão e entendimento dos conceitos utilizados na contabilidade básica. Sendo assim, Martins (2003, p. 25) define custos como “[...] gasto relativo a bem ou serviço utilizado na produção de outros bens ou serviços”.

O custo também é um gasto, porém ele é identificado como tal quando aplicado como fator de produção de bem ou serviço, utilizados para elaboração de um produto ou realização de um serviço (MARTINS, 2003).

O Programa Nacional de Custos conceitua o custo, como “*valor de todos os recursos gastos na produção de um bem ou serviços.*” (BRASIL, 2006, p. 13–15).

Os custos e despesas são termos utilizados na demonstração de resultados das instituições. Os custos referem-se aos serviços ou produtos que foram realizados e que gerou sua respectiva receita. Numa empresa que presta serviços, os custos correspondem aos gastos relativos à execução dos serviços. As despesas representam os gastos administrativos da instituição e à geração de receitas durante o seu exercício (MEGLIORINI, 2012).

Para se chegar no resultado contábil (lucro ou prejuízo) é necessário determinar a receita. A receita se determina, quando há transferência do bem ou do serviço para terceiros (MARTINS, 2003).

O controle de custos na saúde é uma das soluções apontadas por Zucchi, Del Nero e Malik (2008), que deve ser absorvido para tentar reduzir orçamentos e reprimir o aumento da demanda por serviços de saúde.

Em da Silva, Silva e Pereira (2016) os custo em saúde são estimados tomando como base alguns processos, entre eles inclui-se determinação do método de valoração para os custos: abordagem de microcusteio ou *bottom-up* e de macrocusteio ou *top-down*. No primeiro, o foco é no indivíduo, sendo recomendado utilizar uma amostra que represente o poder de extrapolação. No macrocusteio diz respeito a dados agregados, este custo agregado é dividido pelo número de pacientes atendidos.

O macrocusteio pode ser realizado a partir de bancos de dados administrativos ou alguma outra fonte de dados secundários, A técnica de macrocusteio só se aplica para estudos retrospectivos (dados secundários), seus itens podem ser mensurados de maneira retrospectiva ou prospectivamente (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2014).

3.2.1 Classificação dos Custos Hospitalares

Segundo Megliorini (2012) é necessário classificar os custos para atender às suas diferentes finalidades pelas quais são apuradas.

Para Lagioia et. al. (2002) a classificação dos custos hospitalares são relevantes para o reconhecimento da relação dos materiais e os serviços utilizados, procedimentos médicos, pacientes, tempo de utilização, quantidade de pacientes,

diárias, departamentos etc. Os custos podem ser classificados conforme alguns fatores relacionados no quadro a seguir.

Quadro 3 - Classificação dos custos hospitalares.

Classificação dos custos hospitalares	Descrição
Critério de Alocação	Custos diretos e Custos indiretos
Volume de Produção	Custos variáveis, Custos fixos, Custos semivariáveis, Custos unitários
Departamento	Departamentos produtivos, não produtivos ou de apoio
Cálculo	Custos reais ou históricos, Custos pré-determinados.
Ocorrência	Custos de produção do período

Fonte: Lagioia (2012)

Todos os gastos ocorridos em uma instituição são classificados como custos. Sendo assim, os insumos, os profissionais, a energia elétrica, a depreciação e até o material de limpeza consumidos são denominados custos. Estes custos são apropriados ao produto ou serviço, por meio de um critério estabelecido, eles são classificados em custos diretos e custos indiretos (MEGLIORINI, 2012).

O custo direto é definido como custo diretamente relacionado ao produto ou serviço prestado, não havendo a necessidade de rateio (Ministério da Saúde, 2006). Está apropriado aos produtos ou serviços através de seu consumo (exemplos: mão-de-obra direta, material, medicamentos etc.) basta haver uma medida de consumo (exemplo: quilogramas de material consumido, horas de mão de obra utilizadas (MARTINS, 2003). Os custos diretos estão sob o domínio administrativo do responsável pelo serviço (FALK, 2001).

Nos custos indiretos há necessidade de utilizar o rateio para apropriação do custo ou o uso de estimativas sem uma medição direta (MARTINS, 2003).

É necessário identificar os custos diretos e indiretos, pois trata-se do ponto inicial para alcançar o controle de gastos no hospital ou na instituição de saúde, visto que os gerentes podem controlar melhor os seus custos diretos (FALK, 2001).

Megliorine (2012) assegura que para um determinado volume de produção também incidirá um determinado montante de custos. Quando o volume aumentar ou diminuir, um item de custo poderá oscilar para mais ou menos, sendo assim ele pode ser fixo ou variável.

Custo fixo é nomeado por Martins (2003) como aqueles que possuem um valor fixado e que não sofre variações na atividade durante um determinado período, um exemplo desse tipo de custo são a depreciação dos equipamentos e a folha de pagamento. Falk (2001) afirma que no curto prazo, existe uma maior dificuldade no controle dos custos fixos, trata-se de um item importante no desenvolvimento da eficiência da instituição.

Os custos variáveis oscilam conforme a capacidade de produção (MEGLIORINI, 2012). Sofrem alteração de forma proporcional ao volume produzido, e quando somados ao custo fixo, compõe o custo total de um serviço ou produto (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2014). O valor unitário apresenta variação conforme o volume de produção (CLAUDIO; UFES, 2010).

Os custos semivariáveis possuem uma parcela fixa e outra variável, como por exemplo, a energia elétrica e a água, quando o consumo está abaixo de um valor mínimo paga-se um valor fixo, mas se a utilização desse recurso cresce o valor a ser pago aumenta e torna-se variável (MEGLIORINI, 2012). A classificação dos custos fixos e variáveis se aplica também as despesas, entretanto, os diretos e indiretos apenas aos custos (MARTINS, 2003).

Uma organização hospitalar está dividida em áreas ou departamentos onde há um responsável por ele, nestes departamentos são obtidos informações sobre custos e receitas assim como no que cada um contribui para o gasto e receita total da instituição (FALK, 2001). Lagioia (2012) divide os departamentos em produtivos e não produtivos ou de apoio, onde os produtivos são geradores de receita, como Unidade de Terapia Intensiva, centro cirúrgicos; e os de apoio, que desenvolve atividades auxiliares e não geram receita, como por exemplo farmácia e a manutenção.

A divisão de uma instituição em departamentos proporciona o controle dos custos indiretos incorridos e reduz a arbitrariedade e a subjetividade dos rateios. Todos os custos produzidos ou recebidos em um departamento são incorporados à produção, desta forma o custo de produção é a soma dos custos dos departamentos de produção e dos departamentos de serviços (BRASIL, 2013b).

Uma forma eficaz de se planejar e controlar os custos é o uso do custo-padrão ou predeterminado, este se constitui de um valor ideal que possui como base condições eficientes em qualidade de materiais, mão de obra, equipamentos etc. A partir do valor dito como o ideal poderá ser comparado ao valor real e apontar ineficiências e problemas de execução do serviço (MARTINS, 2003; STEINMETZ, 2013).

A soma de todos os custos é o custo total (BRASIL, 2013b), enquanto que o custo unitário é o resultado da divisão do somatório dos custos de produção pela quantidade de serviços produzidos no período (LAGIOIA, 2012).

3.2.2 Métodos de custeio

A palavra custeio significa apropriação de custos (MARTINS, 2003). Conhecer os custos (entre diversos cortes) contribui para o *feedback*, quanto a avaliação administrativa e os resultados das ações do gestor (ALEMÃO; GONÇALVES; DRUMOND, 2013). Compreender o funcionamento da estrutura organizacional, fluxos e processos são pontos fundamentais na aplicação do sistema de custeio de uma organização (BLANSKI; SILVA; OLIVEIRA, 2015).

Inúmeras metodologias de custeio podem ser aplicadas em instituições hospitalares, conforme o seu objetivo de pretensão. Os principais métodos de custeio apresentados na literatura, são: custeio variável (ou de custeio direto), custeio por absorção e custeio ABC (Baseado em atividades) (LAGIOIA et al., 2002; MARTINS, 2003; MEGLIORINI, 2012).

3.2.2.1 Custeio Variável ou Custeio Direto

Neste método de custeio são classificados, inicialmente, os custos diretos e indiretos, mas apenas os custos diretos são apropriados aos produtos. Nos custos indiretos não há rateio, as despesas são lançadas diretamente no resultado. Serão analisados apenas os gastos variáveis (diretos e indiretos, custos ou despesas), confrontado com as receitas, finalizando na margem de contribuição por produto (BRASIL, 2013b).

Megliorini (2012) retrata que os custos fixos não são apropriados aos produtos pelo fato destes custos serem efetivos da estrutura da produção do que os custos resultantes da fabricação.

A margem de contribuição é denominada por Megliorini (2012) como o montante que sobra na venda de um produto após subtração de seus custos e despesas variáveis. Quando a margem de contribuição de um produto é superior aos custos e despesas fixos do período, diz-se que a empresa obteve lucro. É uma ferramenta que pode possibilitar os gestores no processo decisório, como para:

- Identificação de produtos que são mais rentáveis a instituição
- Determinação de produtos que podem ser incentivados, reduzidos ou excluídos na linha de produção
- Definição de preços de produtos especiais
- Definição de comprar ou fabricar
- Determinação do menor nível de atividade rentável
- Definição com o cliente entre o limite de desconto permitido

Trata-se de um método não reconhecido pela legislação fiscal, porém é reconhecido como importante metodologia gerencial devido a criação da margem de contribuição dos produtos (BRASIL, 2013b).

3.2.2.2 Custeio Baseado em Atividades (Activity-Based Costing – ABC)

Este tipo de metodologia não se trata de uma nova contabilidade de custos para organizações de saúde, mas de uma forma de observação das ações realizadas em uma atividade dentro da instituição (FALK, 2001).

Martins (2003) define atividade uma ação que aplica mão-de-obra, materiais, tecnologia e investimentos na produção de um bem ou serviço, composta por um conjunto de funções que deverão ser realizadas para o seu funcionamento. Desta forma, esta metodologia permite custear serviços, pacientes ou contratos específicos, de maneira que se identifique o custo da prestação do serviço para vários objetos de custo (FALK, 2001).

O custeio baseado em atividades rastreia os custos e fraciona às atividades realizadas com objetivo de diminuir a subjetividade na alocação dos custos indiretos (DA SILVA; BORGERT; SCHULTZ, 2007). A proposta é apropriar os custos indiretos às atividades, pois são elas que geram os custos (MEGLIORINI, 2012).

Pode ser aplicada da seguinte forma: na primeira etapa se determina as atividades mais relevantes em cada departamento. Na etapa seguinte, os custos dos recursos são atribuídos as atividades e depois ao produto do custeio. Esta distribuição deverá acontecer na seguinte ordem: apropriação direta; rastreamento da melhor relação entre recurso e a atividade; e por fim o rateio, caso não seja possível as duas primeiras (MEGLIORINI, 2012).

Para Falk (2001), a implantação de um sistema de custeio baseado em atividades inclui quatro etapas:

- Identificação dos recursos principais
- Identificação dos veículos de custos (atividades básicas)
- A ligação dos recursos principais às atividades básicas
- Fazer uma comparação com os recursos consumidos.

É uma metodologia que disponibiliza dados de custos apurados, entretanto possui um custo considerável, do tempo utilizado, empenho e recurso financeiro (FALK, 2001).

3.2.2.3 Custeio por absorção

Na metodologia do custeio por absorção todos os custos (direto e indireto) são alocados ao produto (MARTINS, 2003). O valor contábil está integrado aos custos fixos e variáveis (BRASIL, 2013b).

Para Martins (2003) este método consiste:

[...] na apropriação de todos os custos de produção aos bens elaborados, e só os de produção; todos os gastos relativos ao esforço de produção são distribuídos para todos os produtos ou serviços feitos (MARTINS, 2003, p. 37).

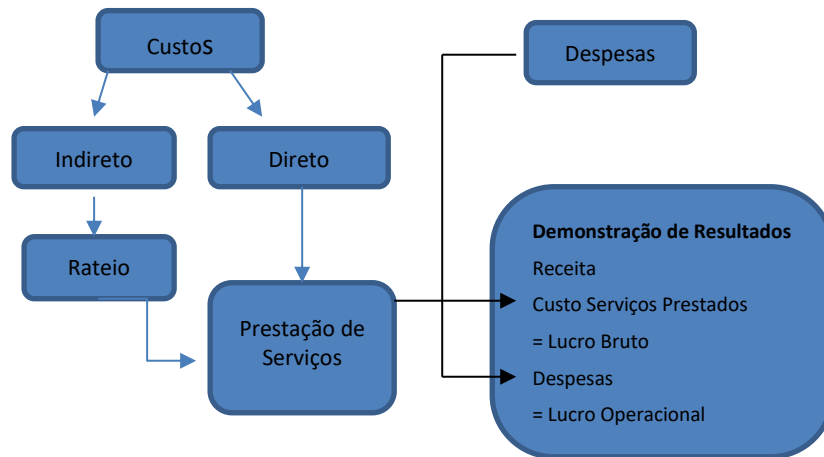
Trata-se de um método que está adequado com os princípios contábeis, reconhecido por contadores, auditores e pela legislação fiscal, é a única metodologia aceita pela legislação brasileira, sendo por este motivo o mais utilizado pelas instituições (BRASIL, 2006).

No processo de apuração dos custos, inicialmente, devem ser separados os gastos do período em despesas, custos e investimentos. Em seguida, separam-se os custos diretos e indiretos. As despesas não são apropriadas ao produto, mas são sempre lançadas ao resultado, pois se relacionam na geração de receita. Os custos diretos são apropriados aos produtos conforme o consumo realizado. Os custos indiretos são alocados ao produto por meio de rateios. A definição da base de rateio deve procurar reduzir as distorções inerentes ao processo, do ponto de vista subjetivo, onde alguns produtos podem ser subavaliados ou superavaliados. Alguns exemplos de base para rateio: área ocupada, potência instalada, número de funcionários, número de requisições de material (MEGLIORINI, 2012).

Para Martins (2003, p.57) a atribuição de custos consiste: “a) separação entre custos e despesas; b) apropriação dos custos diretos diretamente aos produtos ou serviços; c) rateios dos custos indiretos”.

Megliorini (2012) descreve como regra básica o critério de alocação neste método por absorção, se for possível identificar a quantidade do elemento de custo ao produto ele é direto, não sendo possível será indireto. Quanto maior for a identificação dos gastos como sendo diretos, melhor a veracidade do custo do centro produtor (FALK, 2001).

Existe um grande desafio na contabilidade de custos para tornar menos arbitrário a alocação dos custos indiretos, de maneira que ele se torne mais preciso e condizente com a realidade de consumo de insumos no processo produtivo (BRASIL, 2013b).

Figura 2 - Custo por absorção

Fonte: Adaptado de Martins (2003, p.57)

O Ministério da Saúde (2013) destaca a “departamentalização” uma maneira de aprimorar o controle dos custos incorridos e reduzir a arbitrariedade e a subjetividade dos rateios. Para Megliorini (2012) nos custos indiretos a sua distribuição ocorre de forma simplificada, enquanto a departamentalização a distribuição acontece de maneira mais racional.

Martins (2003) define o departamento como a unidade mínima administrativa para a contabilidade de custos capaz de desenvolver uma atividade de natureza semelhante. De forma geral, os departamentos são denominados de centros de custos, no qual estão acumulados os custos e as despesas (MEGLIORINI, 2012).

O APURASUS classifica os centros de custos em dois grandes grupos, os centros produtivos e os não produtivos. Os centros de custo produtivo são aqueles cuja atividade está diretamente ligada ao principal objetivo da instituição. Quanto aos centros de custos não produtivos são os setores que não influenciam diretamente na produção do serviço ou produto da instituição, mas auxilia na sua execução, não gera receita (BRASIL, 2013b).

Os custos indiretos dos departamentos de produção são rateados aos produtos sem dificuldade. Entretanto, não ocorrerá da mesma forma nos departamentos auxiliares ou serviços, uma vez que sua função não é trabalhar na

produção, mas gerenciar e controlar a produção. Nesse caso ele realiza uma atividade para outros departamentos, sendo assim, seus custos são transferidos para outro departamento por meio de rateios até que os seus custos estejam apropriados ao departamento produtivo (MEGLIORINI, 2012). Para este fim o APURASUS utiliza a alocação recíproca matricial no processo de apuração de custos, o qual é operacionalizado por meio de álgebra matricial (BRASIL, 2013b).

Através da alocação recíproca um centro de custo pode distribuir custos para vários outros e para si mesmo, desta forma apesar de já ter distribuído seus custos, recebe novas cargas de si mesmo e de outros centros. Ao final, os departamentos de centros produtivos recebem além de seus custos indiretos, os custos indiretos dos departamentos administrativos e intermediários (BRASIL, 2013b).

3.3 Gestão de custo hospitalar

Segundo a Política Nacional de Atenção Hospitalar consolidada através da Portaria da Consolidação Nº 02, os hospitais são:

[...] instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua e em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2017b, p. 1).

Trata-se de uma instituição que necessitará de investimentos financeiros e tecnológicos para que se alcance a excelência esperada. A aplicação desses investimentos deve estar voltada para melhorar suas instalações, ofertar equipamentos com inovação tecnológica, qualificar os seus profissionais na assistência e especialmente na área de gestão hospitalar. Para isto, as receitas que subsidiam os custos hospitalares no Brasil, seja através da tabela do SUS ou por empresas que organizam os planos de saúde, não reproduzem o custo real dos seus serviços (DA SILVA; BORGERT; SCHULTZ, 2007).

Segundo Borgert, Crispim e Almeida (2011), existe uma concorrência entre serviços de saúde tanto em instituições públicas como privadas, onde o preço não é o único foco da disputa, mas a instituição que oferecer o serviço com melhor qualidade, independente do preço aplicado. Os hospitais procuram ofertar seus

serviços com qualidade, assim como buscam melhorar continuamente a sua assistência, para isto, os sistemas de custos podem colaborar com o processo decisório (RAUPP; CRISPIM; ALMEIDA, 2007).

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2017 dispõe no seu Art. 5º que toda pessoa tem direito a assistência adequada e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde, com qualidade, preservando a continuidade do tratamento, e com isso garantir: informações sobre o custo das intervenções das quais a pessoa se beneficiou (CNS, 2018).

Ching e Souza (1999) enfatiza que se a administração hospitalar não identificar e avaliar adequadamente os recursos e insumos utilizados na realização de um serviço, o conhecimento dos custos relacionados ao procedimento realizado será incompleto, com determinação equivocada do seu preço.

Para algumas instituições os custos dos procedimentos são desconhecidos, muitos hospitais não realizam as cobranças pelo serviço prestado com base em algum critério técnico. Dessa forma se faz necessário ferramentas administrativas e financeiras para conhecimento do custo hospitalar. A gestão estratégica de custo hospitalar permitirá a implantação de medidas corretivas melhorando o seu desempenho, definindo prioridades cruciais, além de aumentar a produtividade com racionalização dos recursos, entre outros (LEONCINE; BORNIA; ABBAS, 2013).

A apresentação dos custos hospitalares de forma detalhada permite um maior esclarecimento sobre as circunstâncias que possam influenciar nos diversos serviços oferecidos, possibilitando melhor gerenciamento dos custos. O sistema de contabilidade de custos propicia no controle de itens de produção, a análise de lucratividade, a criação de taxas de serviços, planejamento estratégico etc. (FALK, 2001).

A lei orgânica nº 8.080/90, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, estabelece como um dos aspectos inerentes ao aprimoramento da gestão interfederativa a elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde (BRASIL, 1990).

Em 2006, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Gestão de Custos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para conhecer os custos dos

produtos e serviços, apurar e avaliar seus respectivos resultados, além de melhorar a própria gestão de custos. A metodologia de custeio utilizada neste programa é o custeio por absorção, que foi considerada de maior facilidade para o processo de implantação, entre todos os métodos conhecidos (BRASIL, 2006).

Os gestores do SUS são os principais alvos do PNGC que espera contribuir a partir da ampliação de conhecimentos deste programa na tomada de decisão e melhor aplicação dos recursos da saúde (PNGC, 2006). Entre outros objetivos, o PNGC visa:

Calcular os custos dos serviços prestados, relacionados à atividade produtiva.

Fornecer, a todos os setores da instituição, informação detalhada referente a seus recursos [...].

Subsidiar a tomada de decisão, a definição orçamentária, a política de investimentos e o planejamento das atividades operacionais.

Possibilitar a troca de informações e a comparação de resultados entre instituições.

Realizar prestação de contas, visando maior transparência ao controle social (Brasil, 2006, p. 8-9).

A análise de custos é enfatizada por Entringer (2019) por contribuir na organização e administração dos serviços, além de ser uma importante ferramenta no planejamento de políticas públicas e para a tomada de decisão.

3.4 Custos para tomada de decisão

Entre as instituições de saúde no Brasil, as públicas, estão mais longe do processo de modernização gerencial. Grande parte se utiliza de métodos contábeis tradicionais que não informam os custos reais, de modo que impossibilita a orientação e parâmetros para suas decisões administrativas e controle das suas ações (BRASIL, 2006).

A contabilidade de custos é uma importante ferramenta de gestão, pois ela possibilita identificar os gastos do processo produtivo, permitindo fazer análises, controle, avaliação, classificação, orçamento e planejamento, auxiliando na tomada de decisões (DE OLIVEIRA et al., 2015).

Falk (2001) descreve como objetivos do sistema de contabilidade de custos hospitalar:

- Base comum para comunicação, negociação, planejamento e gerência dentro da instituição e entre hospitais.
- Metodologia de medição dos efeitos de alterações de casos atendidos
- Método de avaliação e medição de performance
- Fornecimento de informações necessárias e eficientes
- Facilitar a identificação dos gastos que podem ser alterados: fixos para variáveis.
- Identificar funções ineficientes e a natureza de problemas no preço, quantidade ou práticas da organização.

Apurar custos para Falk (2001) é fundamental para a análise gerencial e tomada de decisão. Trata-se de uma ferramenta gerencial que visa melhorar o desempenho institucional, fornecendo informações que possibilita a objetividade na tomada de decisões, reduzindo gastos, aumentando receita. Levanta informações necessárias para alcançar a excelência no atendimento (RAUPP; CRISPIM; ALMEIDA, 2007). Consiste em obter informações básicas para o estudo de viabilidade de novos investimentos, preço, produção ou terceirização etc. A decisão deve estar baseada nos benefícios e nos custos que elas trazem. Quando o benefício é superior ao custo, a empresa poderá tomar a decisão (BORGES, 2015).

O Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) apresenta a contabilidade de custos como uma ferramenta crucial em gerar informações relevantes nas definições gerenciais. Raupp et.al (2007) consideram que a criação do PNGC, a partir da gestão pública, demonstra o interesse do poder público no âmbito federal, estadual e municipal na utilização do sistema de custos em todas as unidades hospitalares do Brasil.

Espera-se, numa nova perspectiva organizacional hospitalar, que os gestores de saúde garantam, a partir do seu financiamento, melhor alocação dos seus recursos e qualidade dos seus serviços a baixo custo (FALK, 2001).

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva dos custos de uma maternidade de alto risco de referência terciária do estado de Pernambuco traçando o perfil das mulheres ali assistidas no ano de 2018.

Como método utilizou-se o estudo de caso, que segundo Yin (2015)[...] *“investiga um fenômeno contemporâneo (o “caso”) em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes.”*

4.1 Local do estudo: maternidade do Hospital Agamenon Magalhães (HAM)

A escolha por essa instituição se deu essencialmente por dispor da ferramenta de apuração de custos desenvolvida pelo Ministério da Saúde implantada na unidade (APURASUS/MS), além de ser uma referência na Atenção à Saúde em Gestação de Alto Risco - Tipo II, que desempenha importante papel no segmento da saúde pública e na rede materno infantil de Pernambuco e pela sua relevância como instituição de ensino, pesquisa e extensão.

O HAM foi certificado como hospital de ensino pelo Ministério da Educação e da Saúde a partir de 2005. É administrado pela SES/PE, está localizado na Região Metropolitana do Recife, faz parte da rede própria da gestão estadual, um dos seis grandes hospitais de referências na alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

4.2 Descrição da unidade de análise: assistência obstétrica hospitalar do HAM

O Hospital Agamenon Magalhães constitui o universo desta pesquisa e a assistência obstétrica hospitalar a unidade de análise deste estudo.

É um serviço de abrangência macrorregional integrado a rede de atenção à saúde na gestação de alto risco, sua finalidade é de atender as intercorrências durante a gestação e a realização do parto.

A obstetrícia é a especialidade que possui o maior número de leitos no HAM 27,1% do total (CNES, 2018), sendo o terceiro em Pernambuco em número de leitos

habilitados ofertados para gestantes de alto risco, com 72 leitos na Rede Cegonha (PERNAMBUCO, 2019).

É constituída por: Maternidade, localizada no 4º e 5º pavimento e compõe-se do Centro Obstétrico (sala de expectativa e pré-parto) e a Unidade de Alto Risco (UAR); Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto II situado no 1º pavimento; Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) e a Emergência Obstétrica, ambos localizados no térreo. Recebe gestantes e puérperas por demanda espontânea ou referenciada, reguladas através da central de regulação de leitos do estado de Pernambuco.

Em 2018, HAM executou na assistência obstétrica 7.664 consultas ambulatoriais, 9.122 atendimentos na emergência, 5.920 internamentos, sendo 2.124 para tratamento na gestação e 3.796 partos, dos quais 3.795 foram registrados como partos de alto risco e apenas 01 registrado como risco habitual, dados do SIA e SIH/MS (SAÚDE, [s.d.]).

A UTI adulto tipo II é nomeada de geral, constitui de 18 leitos, mas apenas dois são destinados à assistência obstétrica, podendo ser utilizado até quatro leitos a depender da necessidade, com o suporte médico especializado em obstetrícia.

A quantidade de leitos obstétricos não corresponde ao número de leitos habilitados através da Rede Cegonha como alto risco obstétrico. Do total de 89 leitos existentes no HAM somente 72 leitos da enfermaria e dois leitos da UTI adulto possuem a habilitação pelo Ministério da Saúde. Os leitos não habilitados não recebem incentivo do tesouro nacional para o custeio da Rede Cegonha, resultando em um impacto financeiro para o tesouro estadual. Além disto, o HAM não recebe incentivo financeiro da Rede Cegonha para a manutenção da Casa da Gestante Bebê e Puérpera, desde a sua implantação, por não ser habilitado.

Conforme o plano regional, o HAM está inserido numa rede de referência com abrangência para os municípios da I Macrorregião de Pernambuco, porém a demanda vem de todas as regiões de Pernambuco. Mesmo sendo uma referência para o alto risco e possuindo uma estrutura de maior complexidade, com melhor suporte tecnológico, profissionais especializados e capacitados, se não há uma organização desta demanda com um fluxo da assistência obstétrica definida e regionalizada a utilização deste equipamento de saúde será desordenado. Na

prática observamos que a ineficiência da regionalização leva a peregrinação da gestante e muitas vezes a superlotação das unidades de referência.

Em relação aos indicadores de desempenho da instituição, no mesmo ano, apresentou uma taxa de ocupação hospitalar de 83,7% e um tempo médio de permanência (TMP) de 05 dias. Com base nestes dados, a unidade possui uma capacidade instalada para realizar, em média, 586 internamentos/mês.

Para a composição deste serviço, o hospital conta com a assistência de 269 profissionais, entre médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, dos quais na sua maioria são servidores efetivos da Secretaria Estadual de Saúde SES/PE. Alguns desses profissionais, servidores estatutários, foram remunerados com plantão extra e outros contratados pelo HAM como serviço terceirizado, para suprir os déficits de escala.

Por se tratar de um hospital de ensino, com atuação importante na formação e na educação permanente dos profissionais, a unidade de análise conta com a força de trabalho de 20 residentes integrados ao programa de residência médica e de enfermagem na área obstétrica. O governo federal financia anualmente com 98 mil reais para o custeio com a manutenção de todo o programa. A SES custeou com R\$ 799.303,20 para a remuneração destes profissionais em 2018.

4.3 Coleta e análise dos dados

A coleta dos dados pode ter métodos variados, assim como diferentes formas de análise podem estar envolvidas no processo de análise e interpretação (de conteúdo, descritiva, inferencial, de discurso, documental). O fundamental na análise e interpretação de dados no estudo de caso é a manutenção da integralidade da unidade social (GIL, 2008).

Yin (2015) evidencia que o estudo de caso pode partir de seis fontes (documentos, registros em arquivos, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos) apoiados em princípios que promovam confiabilidade dos dados.

Com base nesta premissa foi criado nesta pesquisa um banco de dados contendo todas as informações coletadas através dos registros de arquivos de uso público e documentos de instituições públicas.

A técnica de análise escolhida para o tratamento dos dados foi a documental, que possibilitou a transformação das informações para um formato mais compreensível, a qual ocorreu por meio da leitura e interpretação dos dados contidos nos relatórios estudados e descritos logo a seguir.

Todo o processo de construção pode ser representado em três etapas:

ETAPA 1: Levantamento de informações em banco de dados secundários.

O banco de dados pertence ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS, de onde partiu a pesquisa nos seus variados sistemas de informação, a seguir: Sistema de Apuração de Custos do SUS, Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar; Sistema de Informação sobre Mortalidade; Sistema de Controle do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade, assim como outros sistemas disponibilizados pelo Ministério da Saúde para obtenção de dados secundários.

Utilizado o Portal da Transparência para obtenção de informações relacionadas a receita e despesas da unidade de análise. Desta forma foi possível identificar por meio do relatório de execução orçamentária do Hospital Agamenon Magalhães, detalhado por fonte de recursos a despesa empenhada e liquidada que compreendeu o ano de estudo desta pesquisa.

Nesta etapa foi possível apurar informações gerais sobre o Hospital, acerca das variáveis estudadas, como: número de leitos, taxa de ocupação, produção ambulatorial e hospitalar, tempo médio de permanência, recursos destinados por meio do Fundo Nacional de Saúde, receita, taxa de mortalidade. O período de referência na pesquisa destas informações foi o ano de 2018. As informações extraídas dos bancos de dados do DATASUS foram compiladas e trabalhadas no programa Excel do Microsoft Office 365.

ETAPA 2: Levantamento de custos

Mediante autorização da Diretoria Geral de Educação na Saúde – DGES/SES/PE por meio da solicitação oficial do Programa de Pós-graduação protocolada no Sistema Integrado de Gestão Pública do Governo de Pernambuco

(SIGEPE) e da carta de anuência obtida por meio da Divisão do Centro de Estudos do Hospital Agamenon Magalhães a coleta de dados nas instituições foi iniciada.

A análise de custos foi realizada na perspectiva do Sistema Único de Saúde, utilizando um serviço público de gestão Estadual. A população alvo foi o internamento de gestantes de alto risco (5.920/internamentos) ocorridos no hospital de referência Agamenon Magalhães no período de janeiro a dezembro de 2018, o que determinou o tamanho da amostra desta pesquisa. A estrutura administrativa do HAM compõe de um setor de custos que realiza a apuração através do Sistema de Apuração de Custos do SUS (APURASUS), com base no método de custeio por absorção e desenvolvido pelo Programa Nacional de Gestão de Custos do Ministério da Saúde. O Núcleo de Economia da Saúde Hospitalar do Hospital Agamenon Magalhães foi criado em 2015 com data de publicação na Portaria SES Nº 464 em 10 de dezembro de 2015.

Os relatórios gerenciais contendo dados sobre apuração e gestão de custos foram obtidos através do APURASUS, disponibilizados pelo Núcleo de Economia da Saúde do HAM e da SES. As informações contidas no APURASUS são alimentadas pelos gestores de cada centros de custos do hospital e compiladas no Departamento de custos do HAM e validadas pelo Núcleo da Economia da saúde da SES. Foram disponibilizados os seguintes relatórios para cada centro de custo produtivo estudado: Itens de custos por centros de custo; Formação de custos – indireto por produção; Análise horizontal – produção e valor médio do procedimento.

No relatório que trata dos itens de custos por centros de custos encontra-se detalhado todos os itens de custo direto e indireto de um centro de custo produtivo. Quanto ao relatório de formação de custos – indireto por produção encontra-se detalhado os rateios realizados dos outros centros de custos para o centro de custo produtivo. Na análise horizontal – produção e valor médio do procedimento podemos avaliar o desempenho por cada centro de custo produtivo.

Na análise dos dados foi observado que alguns itens relevantes para a execução do serviço não estavam presentes nos relatórios gerenciais, por este motivo foram acrescentados a este relatório os custos com residentes, imagem, anestesia e depreciação.

Ao final do levantamento das informações supracitadas, todos os recursos ligados diretamente à assistência hospitalar em cada centro produtivo elencado

nesta pesquisa foram planilhados e contabilizados separadamente utilizando o programa Excel do Microsoft Office 365. A partir daí foram organizados através de quadros e tabelas, individualmente por cada centro de custos, os custos diretos, indiretos e os rateios recebidos dos outros centros de custos (administrativos e intermediários).

Considerando que esta pesquisa se concentra na assistência obstétrica hospitalar de alto risco, onde a maternidade de alto risco do HAM é a unidade deste estudo, a apuração dos custos dos centros de custo que compõe esta unidade foram definidos por afinidade, dentro de uma lógica da assistência prestada direcionada a gestante e puérpera do alto risco, não fazendo parte desse estudo os custos com a assistência neonatal.

Desta forma fizeram parte deste estudo, os centros de custos da Emergência Obstétrica, Casa da Gestante Bebê e Puérpera, Centro Obstétrico, Unidade de Alto Risco e Leitos obstétricos da UTI Adulto.

Quanto aos custos atribuídos aos leitos obstétricos da Unidade de Terapia Intensiva, foram considerados os valores proporcionais ao número de leitos que fazem parte do plano de ação da rede cegonha em Pernambuco, pelo qual estão habilitados pelo Ministério da Saúde.

Os custos de capital foram acrescentados a este modelo através da depreciação dos equipamentos e mobiliários. O inventário de bens e imóveis do HAM subsidiou as informações dos custos com a depreciação, estão em consonância com a Portaria Conjunta SAD/SEFAZ n.º 152, de 30 de dezembro de 2016 pela qual disciplina os procedimentos de inventário de bens móveis e imóveis no âmbito do Poder Executivo Estadual.

O investimento da unidade com equipamentos e mobiliário foram levantados para acrescentar na composição dos gastos de forma mais detalhada e fidedigna. Não há uma normalização na apuração da depreciação no APURASUS, entretanto o HAM segue a Portaria Estadual Nº 152/2016. Através dos relatórios contábeis do inventário viabilizados pelo setor administrativo do hospital, contendo o valor depreciado, foi possível alocar na planilha de custos. Todos os bens são avaliados com base no valor de aquisição, produção ou construção, seguindo os requisitos mínimos na portaria para incorporação de bem patrimonial. Segundo a portaria, apenas são considerados como bem patrimonial e incorporados no referido

inventário, os bens com valor unitário de aquisição, produção ou construção superior a R\$ 600,00 (seiscentos reais). Especificamente no setor saúde, a apropriação do custo de depreciação pode ser processada de duas formas distintas, à apropriação de um percentual do custo do bem considerando o seu valor de aquisição ou, pelo valor do bem atualizado (BRASIL, 2013b). Neste caso a depreciação teve como base o valor de aquisição. Importante ressaltar que no cálculo de depreciação dos bens relacionados ao centro de custos da Casa da Gestante, Bebê e Puérpera o mesmo não apresenta nenhum bem com valor superior ao determinado na portaria da SAD/PE.

Na busca da produção realizada pelos centros produtivos, observou-se uma divergência entre o total registrado nos relatórios do APURASUS com o quantitativo processado pelos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar – SIA/SIH/SUS, optou-se por manter as informações deste último por se tratar de uma fonte oficial do Ministério da Saúde, também foi possível através do SIA/SIH mostrar a frequência de procedimentos realizados em cada centro de custo produtivo no ano de 2018, assim como a receita correspondente aos valores repassados com base na tabela de procedimentos do SUS.

Foi incluído na coleta de dados, além dos custos, os valores correspondentes às receitas oriundas de cada procedimento utilizando-se como referência o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP – SUS). Os valores correspondentes aos principais procedimentos analisados encontram-se, a seguir, no Quadro 4:

Quadro 4 - Distribuição dos principais procedimentos analisados na assistência obstétrica por código e valor financeiro segundo o SIGTAP/SUS.

Código	Procedimento	Valor (R\$)
03.01.06.002-9	Atendimento de urgência c/ observação até 24 horas em atenção especializada	12,47
03.03.10.001-0	Tratamento de complicações relacionadas predominantemente ao puerpério	154,30
03.03.10.002-8	Tratamento de eclâmpsia	123,99
03.03.10.003-6	Tratamento de edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez parto e puerpério	123,99
03.03.10.004-4	Tratamento de intercorrências clínicas na gravidez	109,24
03.03.10.005-2	Tratamento de mola hidatiforme	68,86
03.10.01.004-7	Parto normal em gestação de alto risco	617,19

04.11.01.002-6	Parto cesariano em gestação de alto risco	890,94
04.11.01.004-2	Parto Cesariano com Laqueadura Tubária	545,73
08.02.01.008-3	Diária de unidade de terapia intensiva adulto (UTI II)	478,72

Fonte: SIGTAP/SUS, 2020(SAÚDE, [s.d.]).

O Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar do Ministério da Saúde, publicado em 2017, caracteriza internamento hospitalar a ocupação do leito por um paciente por período superior ou igual a 24 horas (BRASIL, 2017a).

Para o cálculo da receita SUS, o valor médio dos internamentos e dos partos realizados foi obtido no SIH mediante levantamento da produção dos internamentos obstétricos (AIH) no ano de 2018. O valor total gerado foi dividido pela frequência de AIH no ano, através da fórmula:

$\text{Valor médio internamentos/partos em 2018} = \frac{\text{Valor total do internamento/ano}}{\text{Frequência do internamento/ano}}$
--

Os procedimentos de média e de alta complexidade, financiados pelo SUS, recebem um incremento ao valor da tabela caso o hospital seja habilitado como referência para assistência na especialidade. Os procedimentos relacionados abaixo, são processados nos sistemas de informação do Ministério da Saúde com seus devidos acréscimos:

- Parto Normal em Gestação de Alto Risco (código da tabela SUS: 031001004-7), que quando realizado em unidade habilitada como Hospital Amigo da Criança, recebe ainda um incremento de 5% no componente Serviço Hospitalar e Profissional.
- Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco (código da tabela SUS: 031101002-6), quando realizado em unidade habilitada como Hospital Amigo da Criança, recebe incremento de 2,5% no componente Serviço Hospitalar e Profissional.
- Parto Cesariano com Laqueadura Tubária (código da tabela SUS: 041101004-2), quando realizado em unidade habilitada como Referência Hospitalar em Atendimento à Gestante de Alto Risco Hospital amigo da

Criança, recebe incremento no componente Serviço Hospitalar e Profissional de 55% e 8,5%, respectivamente.

O hospital de ensino Agamenon Magalhães possui habilitação na atenção materno infantil em: Atenção Hospitalar de Referência à Gestação de Alto Risco Tipo II, Hospital Amigo da Criança, Laqueadura, UTI II Adulto, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Tipo II (UTIn II), Hospital Tipo I em Urgência, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCO) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCA). Sendo assim, todos os procedimentos da assistência obstétrica com incremento no valor atribuído a habilitação foram processados nesta unidade.

Os incentivos destinados ao HAM, na sua contratualização, são para atender as necessidades de todas as áreas de referência, não havendo uma distribuição deste recurso por especialidade ou atividade. Para se atribuir um parâmetro à análise na utilização destes recursos, fez-se a distribuição utilizando o critério de rateio por especialidade segundo número de leitos existentes.

O custo do procedimento foi calculado a partir da soma dos centros de custos que contribuíram direta e indiretamente para a sua atividade. Este processo consistiu na determinação dos custos diretos e indiretos por centro de custos, seguido da alocação (recíproca) dos custos dos centros administrativos e intermediários aos de produção. Este método se repetiu a cada departamento, constituindo ao final deste processo os custos dos centros produtivos. Este tipo de distribuição é a utilizada no APURASUS/MS.

Em cada centro foi determinado uma unidade de produção, estabelecida a partir de um critério de avaliação dos serviços prestados, conforme características de cada serviço. Para a emergência obstétrica a unidade de serviço é retratada pelo número de atendimentos executados, no centro obstétrico o número de partos realizados, para a Unidade de Alto Risco (UAR) e a UTI com Leitos Obstétricos, utilizou-se o número de pacientes por dia (diária) a partir do valor médio da AIH, e a Casa da Gestante e Puérpera pelo número de usuárias residentes.

O número dos atendimentos registrados na emergência obstétrica se definiu a partir dos dados de produção do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do

DATASUS/Ministério da Saúde, uma vez que existe um código da tabela SUS para atendimento de urgência.

Quadro 5 - Identificação dos custos

Linha	Composição dos Custos	Descrição
	Custos Diretos	Custos diretamente identificados aos CC*
1	Pessoal	Custo total (Provisões + Encargos + Benefícios + Remuneração)
2	Material de consumo	Custos de artigos de limpeza, medicamentos, material médico etc.
4	Serviços de terceiros	Locação de serviços: limpeza, apoio, manutenção de equipamentos e outros de terceiros.
5	Custos Diretos Total: 1+2+3	Soma de todos os custos diretos aos CC
6	Custos Indiretos	Energia elétrica, água, telefonia e outros indiretos
7	Rateios recebidos	Rateio de outros CC que prestam serviço aos CC (Centro Administrativo e Intermediário)
8	Custo Total = 5 + 6 + 7	Somatório de todos os custos consumidos pelos CC.
9	Quantitativo produzido pelo CC = unid. de mensuração	Quantitativo produzido pelo CC (Sistemas de Informação Ambulatorial ou Hospitalar)
10	CUSTO UNITÁRIO = 8/9	Valor de custos de uma unidade produzida por cada CC.

Fonte: Brasil (BRASIL, 2013b) - Adaptado pela autora

Nota: *CC – centro de custos

A partir do valor total de produção, o montante foi dividido pela quantidade de serviços prestados na maternidade de Alto Risco no ano 2018, chegando ao custo unitário dos procedimentos executados em cada centro de custo, conforme demonstrado no quadro 5 acima. Este tipo de abordagem é nomeado de macrocusteio ou *top-down*.

A classificação dos centros permitiu conhecer o desempenho de cada setor e o seu custo, quais os serviços que estão a eles relacionados, possibilitando a confrontação dos custos reais com os praticados na tabela de procedimentos do SUS.

Também foram analisados as receitas e o respectivos custos do hospital Agamenon Magalhães assim como o serviço prestado na maternidade de alto Risco, a fim de se verificar se a receita é suficiente para cobrir todos os seus custos.

ETAPA 3: Identificação do perfil das gestantes assistidas na maternidade do HAM.

As informações coletadas sobre os atendimentos realizados e queixas relatadas pelas mulheres na emergência obstétrica, foram extraídas do prontuário eletrônico do HAM mediante o parecer consubstanciado aprovado e emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE, Nº 3.745.365, CAAE 24402619.8.0000.5208.

O banco de dados com informações extraídas do prontuário eletrônico, software próprio onde estão armazenadas todas as informações clínicas e administrativas do paciente foram disponibilizadas pelo setor de informática do HAM, contendo os registros dos profissionais de saúde a partir da assistência prestada as mulheres na emergência obstétrica.

Foram consolidados N=9.122 atendimentos de mulheres que receberam assistência no período de janeiro a dezembro de 2018, destas, n=5.920 foram hospitalizadas. Foram excluídas as mulheres assistidas no ambulatório da unidade. A partir das informações consolidadas criou-se um banco de dados em planilhas do Excel, as variáveis foram definidas com base nos conceitos relacionados no Manual de Classificação de Risco Obstétrico do Ministério da Saúde (CR/MS) e a análise dos dados se deu por meio da interpretação dos valores extraídos das planilhas.

As variáveis estudadas foram as doenças prevalentes na gestação de alto risco, idade materna, tempo de internação, procedimento realizado, diagnóstico de acordo como o CID 10 (categoria) e a classificação de risco obstétrico estabelecida pelo Ministério da Saúde.

Os critérios que orientaram os profissionais na identificação da paciente quanto aos sinais e sintomas de maior gravidade e definição de prioridade no atendimento estão em conformidade ao protocolo da CR, descrito de acordo com a classificação apresentada abaixo:

Quadro 6 - Critério de atendimento - classificação de risco/MS.

Classificação	Fluxo de Atendimento
Vermelho	Atendimento médico imediato - são pacientes com risco de morte necessitando de atendimento médico imediato
Laranja	Muito urgente - atendimento médico em até 15 minutos (potencial risco), demanda o atendimento profissional o mais rápido possível.
Amarelo	Urgente - atendimento médico em até 30 minutos no consultório médico ou enfermeira obstetra, atentando para prioridade do atendimento
Verde	Pouco urgente - atendimento médico em até 120 minutos - são pacientes sem risco de agravo
Azul	Não urgente - atendimento não prioritário ou encaminhamento conforme pactuação

Fonte: Manual de classificação de risco obstétrico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017f).

Tempo médio de permanência é um indicador que representa o tempo médio em dias que as pacientes ficaram internadas no hospital, reflete nos custos hospitalares, retrata o desempenho dos processos e no índice de infecções. A taxa de ocupação hospitalar mede o perfil de utilização e gestão do leito operacional no hospital (BRASIL, 2017a).

Quadro 7 - Cálculo de indicador hospitalar.

Indicador	Base de Cálculo
Valor médio	Valor total/frequência
Tempo médio de permanência (TMP)	Total de dias de hospitalização/frequência
Capacidade instalada	Período/tmp x nº de leitos
Taxa de ocupação hospitalar	Frequência x 100 / capacidade instalada

Fonte: Manual do SIH/DATASUS/MS(BRASIL, 2017a).

As informações extraídas do sistema de informação hospitalar compuseram um banco de dados em planilha eletrônica Excel da Microsoft Office 365, atribuída uma codificação para cada variável e elaborado um dicionário para identificação das variáveis a partir dos códigos criados. As variáveis foram submetidas ao tratamento estatístico-descritivo através do Software IBM SPSS® versão 20.0, para análise de distribuição por frequência, médias e desvio padrão com nível de confiança de 95% e apresentados na forma de quadros, tabelas e gráficos.

O quadro 8 relaciona os setores envolvidos e a especificação da informação, documentos ou registros de arquivos necessários, pertencentes a instituições públicas, que contribuíram para o desenvolvimento da pesquisa.

Quadro 8 - Relação dos setores e o elenco de informações disponibilizadas na pesquisa.

Setor	Documentos Examinados
Setor de Custos - HAM	Relatório Contábil de Inventário
Setor de Custos - HAM	Relação dos Profissionais/ Vínculo por setor
Setor de Custos - HAM	Relação dos serviços terceirizados – Pessoa Jurídica
Superintendência de Administração e Finanças – HAM	Relatório de Execução Orçamentária
Superintendência de Enfermagem - HAM	Escala de da Enfermagem por CC*
Coordenação Geral das Residências em Saúde	Investimento na formação na modalidade Residência do HAM em 2018
Diretoria Geral de Planejamento e Gestão Participativa	Receita do HAM – Tesouro Estadual
Diretoria Geral de Informações Estratégicas	Relação de Despesas da SES** com o HAM
Diretoria Geral de Finanças	Receita do HAM - Recurso SUS (Cofinanciamento)
Gerência de Controle de Serviços de Saúde/Diretoria Geral de Monitoramento e avaliação da Gestão do SUS/Secretaria Executiva de Regulação/SES	Plano Operativo Anual de Saúde (POAS) do HAM
Gerência de Controle de Serviços de Saúde/Diretoria Geral de Monitoramento e avaliação da Gestão do SUS/Secretaria Executiva de Regulação/SES	Parecer Nº 032/2018 – Demonstrativo do Impacto financeiro (Coopanest – Serviço de Anestesiologia)
Departamento de Informática - HAM	Banco de dados da classificação de risco extraído do prontuário eletrônico.

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota - *CC – centro de custos; SES – Secretaria Estadual de Saúde

Na análise documental todos os dados foram apreciados após a leitura de cada documento, acima mencionados. Os dados contidos nos relatórios levantados foram agrupados em tabelas, todas as informações sobre os custos mensais no período de janeiro a dezembro de 2018 foram somados, assim como a receita obtida através dos procedimentos faturados em toda unidade de análise desse estudo.

Ao final, foi realizado a comparação entre as receitas e os respectivos custos, a fim de se verificar se a receita do Hospital Agamenon Magalhães, assim como a unidade de análise, é suficiente para cobrir os custos gerados pelos serviços prestados.

4.4 Aspectos éticos

O estudo recebeu anuência da divisão do Centro de Estudos do Hospital Agamenon Magalhães/SES/PE (ANEXO B) e parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco CEP-UFPE Nº 3.745.365, sob o CAAE 24402619.8.0000.5208 (ANEXO C). Este trabalho foi realizado de acordo com os preceitos éticos da Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2016).

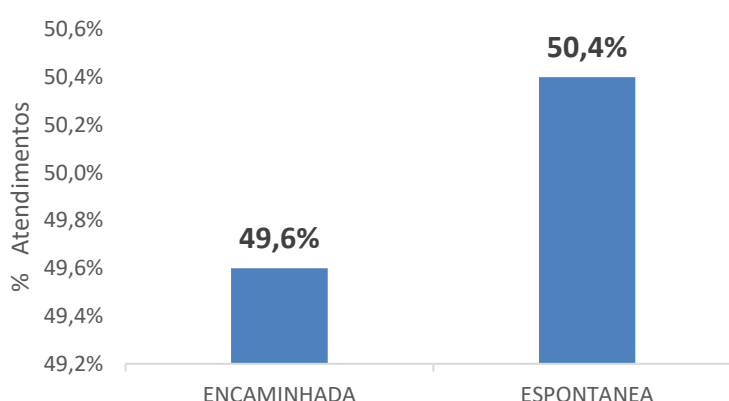
Por não envolver diretamente seres humanos, não foi necessário utilizar um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

5 RESULTADOS

5.1 Gestantes assistidas na maternidade de alto risco - HAM

No período de janeiro a dezembro de 2018, foram registrados 9.122 atendimentos na emergência obstétrica, resultando em 5.920 internamentos, correspondendo a 64,9% dos atendimentos realizados. Considerando o total da demanda que buscou assistência na emergência do HAM, pouco mais da metade (50,4%) procuraram o serviço espontaneamente em comparação aos casos encaminhados de forma referenciada pela Central de Regulação de leitos obstétricos. Ressalta-se entre as ocorrências referenciadas, 0,9% recebidas de outras unidades públicas de referência em alto risco e 0,5%, da rede particular (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Atendimentos na emergência obstétrica – HAM, Pernambuco 2018.

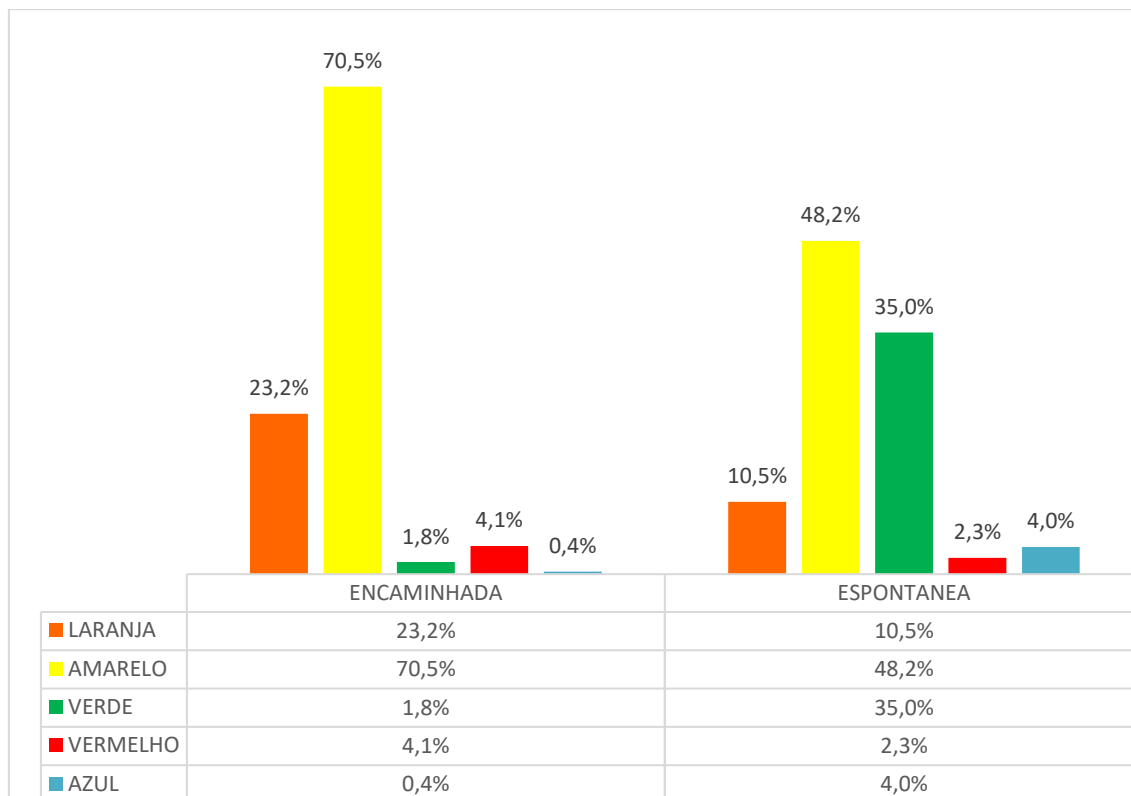


Fonte: Prontuário eletrônico - HAM

Segundo a classificação de prioridade clínica, 59,3% das pacientes foram classificadas como prioridade amarelo (urgente) e 20,0% prioridade laranja e vermelho (atendimento médico imediato e muito urgente).

No gráfico 2 observa-se que cerca de 35,0% das mulheres que chegaram de forma espontânea, pertence a classificação prioridade verde (pouco urgente). As referenciadas, a maioria foi classificada de prioridade amarela (70,5%).

Gráfico 2 - Classificação de risco das mulheres assistidas na emergência obstétrica do HAM conforme tipo de procedência e prioridade de classificação - HAM, 2018.



Fonte: Registros do prontuário eletrônico em 2018 – Elaborado pela autora.

O quadro a seguir, demonstra a distribuição das queixas relatadas pelas pacientes que motivaram sua procura por assistência médica especializada. Por muitas vezes os motivos não são únicos, podendo desta forma um único atendimento registrar duas ou mais queixas de uma mesma paciente, por essa razão observa-se 14.319 queixas em 9.122 atendimentos. Dor e contrações (37,95%) são as principais queixas para procurar o serviço, seguido de dor de cabeça, tontura ou vertigem (10,88%) e perda de sangue por via vaginal (9,1%).

Os principais diagnósticos foram de hipertensão arterial (30,19%) e pré-eclâmpsia (18,33%), correspondendo a, aproximadamente, a metade das ocorrências. Outras queixas registradas (26,97%), estão associadas ao diagnóstico.

Alguns internamentos (5,77%) tiveram origem no ambulatório de pré-natal do HAM, casos encaminhados através da solicitação do médico assistente, em consequência de alteração clínica identificada no momento da consulta.

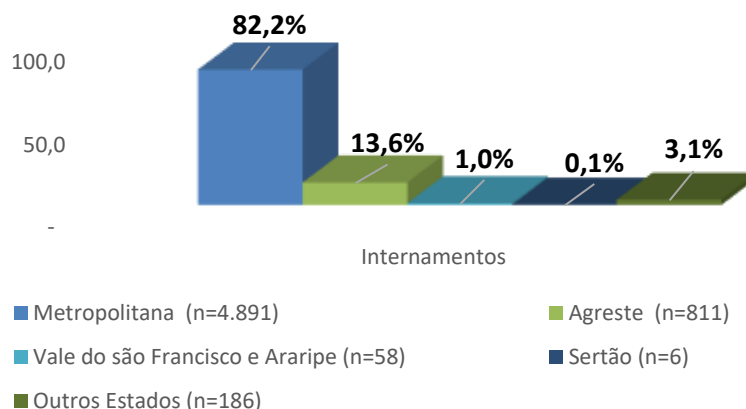
Tabela 2 - Distribuição das queixas/diagnósticos/encaminhamentos apresentados na emergência obstétrica - HAM, 2018.

Queixas	N	%
Dor abdominal / lombar / contrações uterinas	5.434	37,95
Dor de cabeça, tontura, vertigem	1.558	10,88
Perda de sangue via vaginal	1.302	9,09
Perda de líquido vaginal / secreções	534	3,73
Febre / sinais de infecção	426	2,98
Falta de ar	313	2,19
Queixas urinárias	298	2,08
Náuseas e vômitos	296	2,07
Desmaio / mal estar geral	165	1,15
Parada / redução de movimentos fetais	100	0,70
Relato de convulsão	31	0,22
Outras queixas / encaminhamentos	3.862	26,97
Total	14.319	100,0
Diagnósticos/Encaminhamentos	N	%
Crise hipertensiva	1.166	30,19
Pré-eclâmpsia	708	18,33
Trabalho de parto prematuro	239	6,19
Solicitação de internamento do pré-natal de ar	223	5,77
Oligo/poli/anidrâmnio	166	4,30
Cardiopatias	143	3,70
Edema	118	3,06
Diabetes descompensada	109	2,82
Anemia	83	2,15
Epigastria	76	1,97
Macrossomia	75	1,94
Cesárea anterior	74	1,92
Escotomas	62	1,61
Diagnóstico de crescimento intrauterino restrito	52	1,35
Pós-datismo	42	1,09
Gravidez ectópica	41	1,06
Outros sangramentos (exceto vaginal)	29	0,75
Abortamento	12	0,31
Distorcia	11	0,28
Outros	433	11,21
Total	3.862	100,00

Fonte: Registros do prontuário eletrônico em 2018 – Elaborado pela autora.

A maioria das mulheres (82,2%) residiam em municípios da macrorregião metropolitana, cerca de 18% eram oriundas de outras macrorregiões de Pernambuco, e 3,1% residiam em outros estados (Gráfico 3).

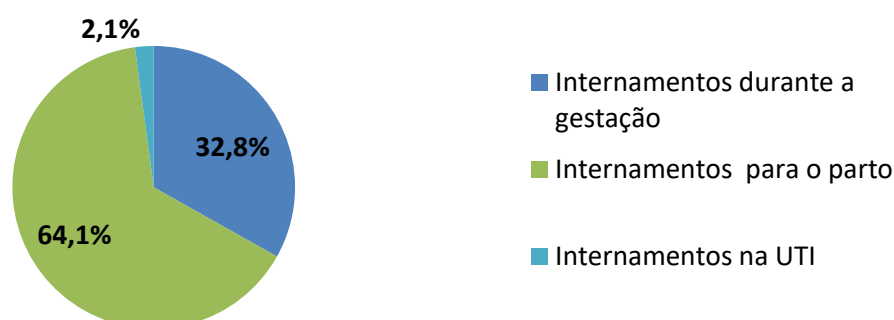
Gráfico 3 - Distribuição dos internamentos por localização da macrorregional de residência.



Fonte: Sistema de Informação Hospitalar – DATASUS/MS

Quanto a natureza dos internamentos, 64,1% resultaram na realização do parto, 32,8% realizaram tratamento clínico na unidade de alto risco e 2,1 % das mulheres necessitaram de tratamento na Unidade de Terapia Intensiva (Gráfico 4). Entre as gestantes que se internaram para realização do parto, algumas em período expulsivo no momento do atendimento.

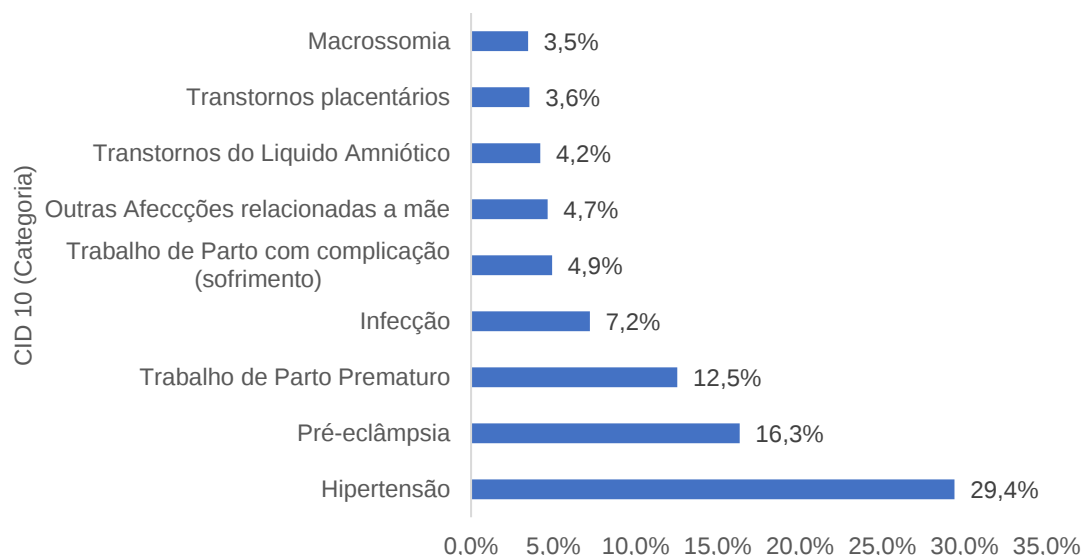
Gráfico 4 - Distribuição por natureza do internamento - HAM, 2018.



Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/DATASUS/MS

Os principais agravos de saúde que resultaram nos internamentos foram agrupados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças - CID 10, o transtorno hipertensivo na gravidez foi o principal agravo entre os internamentos (29,4%), seguido da pré-eclâmpsia (16,3%) e trabalho de parto prematuro (12,5%).

Gráfico 5 - Distribuição das principais causas dos internamentos gerados na maternidade do HAM, 2018.



Fonte: Sistema de Informação Hospitalar – DATASUS/MS

CID-10: Classificação Internacional de Doenças/SUS: Sistema Único de Saúde

A tabela a seguir descreve o tempo de internamento por tipo de natureza e tempo médio de permanência em dias. O tratamento de doenças e agravos durante o puerpério apresentou TMP em torno de 9 dias, cerca de 3,0% do total dos internamentos. No tratamento clínico de problemas durante a gestação (32,8%), com média de 6 dias. A maior ocorrência dos internamentos, realização do parto (64,1%) apresentou, em média, 4 dias de hospitalização, com percentual de cesáreas superior ao parto normal, incidência de 57,8% entre as gestantes internadas.

Tabela 3 - Distribuição de frequência absoluta e relativa, média, desvio padrão e valores mínimo e máximo do tempo de permanência (diária) segundo período gravídico puerperal - HAM, 2018.

<i>Tempo de permanência (diária)</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>Média</i>	<i>DP*</i>	<i>Min.</i>	<i>Max</i>
<i>Na Gestação</i>	1.944	32,8	6	5	1	54
<i>No Puerpério</i>	180	3,0	9	6	1	46
<i>No Parto</i>	3.796	64,1	4	2	1	19
<i>Parto Normal</i>	1.603	42,2	3	2	1	17
<i>Parto Cesárea</i>	2.192	57,8	4	2	1	19
<i>Total</i>	5.920	100,00	-	-	-	-

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/DATASUS/MS – Elaborada pela autora.

Nota: *DP – desvio padrão

Considerando ainda o perfil dos internamentos obstétricos realizados em 2018, verificou-se que faixa etária de maior ocorrência foi entre 26 a 39 anos (48,4%) e abaixo de 18 anos 13,7%.

Aproximadamente um quarto das diárias dos internamentos no alto risco têm acima de 6 dias do tempo de permanência, elevando ainda mais o custo do tratamento. Do total de internamentos no período estudado, houve 125 internamentos na UTI, 53,6% por 3 ou mais diárias (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos internamentos obstétricos por idade, tempo médio de permanência em enfermaria e na UTI. Recife, 2018.

Variável		n	%	Intervalo de confiança 95%	
				inferior	superior
Faixa Etária (anos)	≤18	809	13,7	12,8	14,5
	19-25	2.016	34,0	32,8	35,2
	26-39	2.863	48,4	47,2	49,7
	≥40	232	3,9	3,4	4,4
	Total	5.920	100,0	-	-
TMP* em dias (enfermaria)	≤1	286	4,9	4,3	5,4
	2 a 3	2.467	41,7	40,3	43,0
	4 a 5	1.690	28,5	27,3	29,7
	≥6	1.477	24,9	23,9	26,1
	Total	5.920	100,0	-	-
TPM em UTI	1 a 2	58	46,4	36,8	55,2
	3	35	28,0	20,8	36,8
	≥4	32	25,6	18,4	32,8
	Total	125	100,0		

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/DATASUS/MS – Elaborada pela autora

Nota: *TPM – tempo médio de permanência

Quanto aos internamentos por necessidade imediata do parto, observa-se que a faixa etária entre 26 a 39 anos teve maior frequência, 48,0% do total das ocorrências. Encontrou-se 01 (um) registro de parto de risco habitual no período do estudo, conforme o SIH/DATASUS (Tabela 5).

Verifica-se o número de diárias na enfermaria foi para quase um quarto da amostra maior ou igual a 6 dias. Entre as mulheres que apresentaram necessidade de assistência na UTI após a realização do parto, 27,7% permaneceram em cuidados intensivos por mais de 4 dias.

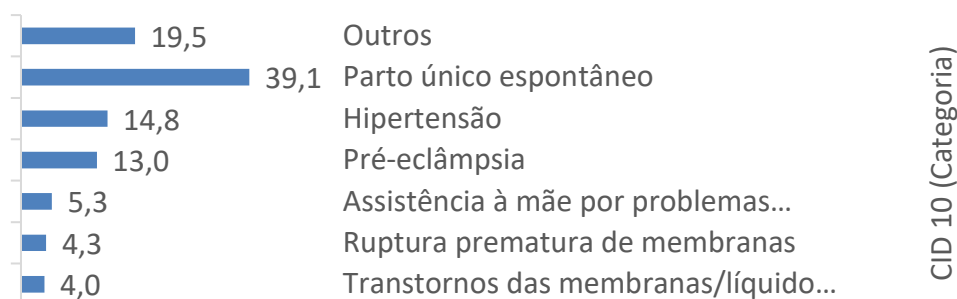
Tabela 5 - Distribuição dos partos realizados por idade, procedimento e tempo de permanência na enfermaria e na UTI. Recife, 2018.

Variável	N	%	Intervalo de Confiança 95%	
			Inferior	Superior
Faixa Etária (anos)				
≤18	538	14,1	13,1	15,3
19-25	1.304	34,4	32,8	35,8
26-39	1.821	48,0	46,4	49,6
≥ 40	133	3,5	3,0	4,1
Total	3.796	100,0	-	-
Procedimento Realizado no Internamento (SIGTAP/SUS)				
Parto Normal de Alto Risco	1.603	42,2	40,6	43,9
Parto Cesariana de Alto Risco	2.192	57,8	56,1	59,4
Cesariana (Risco Habitual)	1	0,0	0,0	0,1
Total	3.796	100,0	-	-
Tempo de Internação na enfermaria (em dias)				
<1	218	5,7	5,0	6,4
2 a 3	1.923	50,7	49,1	52,3
4 a 5	1.137	30,0	28,5	31,4
≥ 6	518	13,6	12,5	14,7
Total	3.796	100,0	-	-
Tempo de internação em UTI (em dias)				
1 a 2	39	47,0	36,1	57,8
3	21	25,3	15,7	34,9
≥4	23	27,7	19,3	37,3
Total	83	100,0	-	-

Fonte: SIGTAP: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS -Sistema de Informação Hospitalar/DATASUS/MS – Elaborada pela autora

Entre os motivos que levaram ao internamento destas mulheres para realização imediata do parto, 39,1% estão relacionados ao trabalho de parto ativo, seguido de problemas ligados a elevação da pressão arterial, 14,8% e pré-eclâmpsia 13,0%, como apresentado no gráfico a seguir. O sofrimento fetal (3,7%) e anormalidade dos órgãos pélvicos maternos (2,1%) estão classificados como Outros.

Gráfico 6 - Distribuição da razão dos internamentos relacionados ao parto - HAM, 2018.



CID-10: Classificação Internacional de Doenças/SUS: Sistema Único de Saúde

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/DATASUS/MS – Elaborada pela autora

Quanto as gestantes internadas para tratamento clínico na gestação (n=1.944), 48,7% compreendem entre a faixa etária de 26 a 39 anos. O tratamento dos sintomas relacionados a hipertensão (34,8%) que em conjunto com a pré-eclâmpsia foram responsáveis pelo maior número de internamentos, com 1.249 e 694, respectivamente, registrados em 2018 (tabela 7 e 8). Entre as mulheres que necessitaram de UTI, 25,7% permaneceram por quatro ou mais dias internadas (tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição do tratamento clínico hospitalar por idade, procedimento, tempo de permanência na enfermaria e na UTI. Recife, 2018.

Variável	n	%	Intervalo de Confiança 95%	
			Inferior	Superior
Faixa Etária (anos)				
≤18	237	12,1	10,8	13,6
19-25	668	34,4	32,3	36,5
26-39	946	48,7	46,5	51,0
≥40	93	4,8	3,8	5,9
Total	1.944	100,0	-	-
Procedimento/Tratamento no Internamento (SIGTAP/SUS)				
Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na Gravidez	676	34,8	32,7	36,8
Intercorrências clínicas na gravidez	1056	54,3	52,1	56,5
Mola Hidatiforme	1	0,1	0,0	0,2
Curetagem	183	9,4	8,1	10,6
Cirúrgico (gravidez ectópica	22	1,1	0,7	1,6
Outros transtornos da gravidez	6	0,3	0,1	0,6

Total	1.944	100,0	-	-
Tempo de permanência enfermagem (Diária)				
≤1	64	3,3	2,5	4,1
2 a 3	526	27,1	25,3	29,1
4 a 5	516	26,5	24,5	28,5
≥6	838	43,1	40,9	45,3
Total	1.944	100,0	-	-
Tempo de Permanência na UTI (Diária)				
1 a 2	14	40,0	25,7	57,1
3	12	34,3	20,0	51,4
≥4	9	25,7	11,4	40,0
Total	35	100,0	-	-

Fonte: SIGTAP: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS; Sistema de Informação Hospitalar/DATASUS/MS – Elaborada pela autora

Em relação aos problemas que demandaram maior frequência na assistência obstétrica hospitalar no HAM em 2018 encontraram-se: hipertensão, pré-eclâmpsia, trabalho de parto prematuro e infecção. Nas tabelas a seguir, estão apresentados cada diagnóstico separadamente.

Os internamentos por hipertensão ocorreram em 57,5% nas mulheres com idade e 26 a 39 anos. O desenvolvimento da doença durante a gravidez foi identificado em 59,7% do total de internações. A hipertensão levou a um TMP em enfermagem igual ou acima de 04 dias em 63,1% dos casos e na UTI 17,6% dos internamentos foi igual ou superior a 4 dias (Tabela 7).

Tabela 7- Distribuição dos internamentos relacionados a hipertensão, por idade, procedimento, tempo de permanência na enfermagem e na UTI. Recife, 2018.

Variável	n	%	Intervalo inferior	Confiança 95% superior
Faixa Etária (anos)				
≤18	79	6,3	5,0	7,7
19-25	382	30,6	28,1	33,1
26-39	718	57,5	54,8	60,0
≥40	70	5,6	4,2	7,0
Total	1.249	100,0		
Diagnóstico CID 10 (Categoria)				
Doença Hipertensiva pré-existente	503	40,3	37,6	43,2
Hipertensão gestacional (induzida pela gravidez) sem proteinúria significativa	746	59,7	56,8	62,4
Total	1.249	100,0		
Tempo de Internação em dias (Diária)				
≤1	18	1,4	0,8	2,2
2 a 3	443	35,5	32,7	38,0
4 a 5	432	34,6	31,9	37,1

≥6	356	28,5	26,1	31,0
Total	1.249	100,0		

Tempo de Internação em dias na UTI				
1 a 2	7	41,2	17,6	64,7
3	7	41,2	17,6	64,7
≥4	3	17,6	0,0	35,3
Total	17	100,0		

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/DATASUS/MS e CID-10 (Classificação Internacional de Doença) /SUS: Sistema Único de Saúde. Elaborada pela autora

Observou-se percentual elevado de pré-eclâmpsia em mulheres com idade menor ou igual a 18 anos (12,8%). A maioria dos casos (68,7%) se apresentou pré-eclâmpsia grave, contudo quase 30% não foi classificada quanto a gravidade. A média de permanência ≥ 04 dias na enfermaria foi em 70,0% e, em UTI, 33,3%.

Tabela 8 - Distribuição dos internamentos relacionados a pré-eclâmpsia, por idade, procedimento, tempo de permanência na enfermaria e na UTI.

Variável	n	%	Intervalo de Confiança 95%	
			Inferior	Superior
Faixa Etária (anos)				
≤18	89	12,8	10,4	15,4
19-25	224	32,3	29,1	35,6
26-39	351	50,6	47,0	54,3
≥40	30	4,3	2,9	5,9
Total	694	100,0	-	-
Diagnóstico CID 10 (Categoria)				
Pré-eclâmpsia moderada	11	1,6	0,7	2,6
Pré-eclâmpsia grave	477	68,7	65,4	71,9
Pré-eclâmpsia não especificada	206	29,7	26,5	33,0
Total	694	100,0	-	-
Tempo de Internação em dias (Diária)				
<1	11	1,6	0,7	2,6
2 a 3	197	28,4	25,1	31,6
4 a 5	261	37,6	34,1	41,2
>6	225	32,4	28,8	35,9
Total	694	100,00	-	-
Tempo de Internação em dias na UTI				
1 a 2	12	36,4	18,3	51,5
3	10	30,3	15,2	45,5
>4	11	33,3	18,2	51,5
Total	33	100,0		

CID-10: Classificação Internacional de Doenças/SUS: Sistema Único de Saúde

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/DATASUS/MS – Elaborada pela autora

A Tabela 9 expõe os resultados referentes ao Trabalho de Parto Prematuro (TPP), verifica-se maior incidência (62,7%) nas mulheres mais jovens, até 25 anos, e o tratamento clínico foi o mais praticado (67,2%) com média de internamento em enfermaria ≥ 4 dias para 62,3% das diárias contabilizadas, apenas quatro mulheres necessitaram de internação em UTI.

Tabela 9 - Distribuição dos internamentos relacionados ao trabalho de parto prematuro, por idade, procedimento, tempo de permanência na enfermaria e na UTI. Recife, 2018.

Variável	n	%	Intervalo de Confiança 95%	
			Inferior	Superior
Faixa Etária (anos)				
≤ 18	98	18,4	15,2	21,6
19-25	236	44,3	40,0	48,4
26-39	185	34,7	30,8	38,6
≥ 40	14	2,6	1,3	4,1
Total	533	100,0		
Procedimentos Realizados (SIGTAP)				
TTO* Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na Gravidez	1	0,2	0,0	0,6
TTO* Intercorrências clínicas na gravidez	358	67,2	63,4	70,9
Parto Normal de Alto Risco	107	20,1	16,5	23,5
Parto Cesariano de Alto Risco	66	12,3	9,4	15,4
Curetagem	1	0,2	0,0	0,6
Total	533	100,0		
Tempo de Internação em dias				
≤ 1	13	2,4	1,1	3,9
2 a 3	188	35,3	31,0	39,4
4 a 5	146	27,4	24,0	31,5
≥ 6	186	34,9	30,8	39,0
Total	533			
Tempo de Internação (Diária de UTI)				
1 a 2	2	50,0	0,0	100,0
3	1	25,0	0,0	75,0
≥ 4	1	25,0	0,0	75,0
Total	4	100,0		

Fonte: SIGTAP: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e Sistema de Informação Hospitalar/DATASUS/MS – Elaborada pela autora

Nota: *TTO - tratamento

A maioria das mulheres (56,7%) que se internaram para tratamento de infecção estão na faixa etária de até 25 anos. A infecção do trato geniturinário na

gravidez foi o evento de maior prevalência (63,5%), seguido de infecção puerperal (26,1%). O tempo de permanência foi igual ou superior a 04 dias, em 87,6% dos internamentos na enfermaria e seis mulheres necessitaram de UTI.

Tabela 10 - Distribuição dos internamentos relacionados ao tratamento de infecções, por idade, procedimento, tempo de permanência na enfermaria e na UTI. Recife, 2018.

Variável	Intervalo de Confiança 5%			
	n	%	Inferior	Superior
Faixa Etária (anos)				
≤18	70	22,8	17,9	27,7
19-25	104	33,9	28,3	39,4
26-39	125	40,7	35,5	46,3
≥40	8	2,6	1,0	4,6
Total	307	100,0		
Diagnóstico CID 10 (Categoria)				
Infecção do trato genital e dos órgãos pélvicos consequente a aborto e gravidez ectópica e molar	3	1,0	0,0	2,3
Infecção Puerperal	80	26,1	20,8	31,3
Infecções do trato geniturinário na gravidez	195	63,5	58,0	69,1
Outras infecções puerperais	29	9,4	6,2	13,0
Total	307	100,0		
Tempo de Internação em dias				
≤1	2	0,7	0,0	1,6
2 a 3	36	11,7	8,1	15,3
4 a 5	71	23,1	18,6	28,0
≥6	198	64,5	59,3	70,0
Total	307	100,0		
Tempo de Internação (Diária de UTI)				
1 a 2	4	66,6	33,3	100,0
3	1	16,7	0,0	50,0
≥4	1	16,7	0,0	50,0
Total	6	100,0		

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/DATASUS/MS e CID-10: Classificação Internacional de Doenças/SUS: Sistema Único de Saúde – Elaborada pela autora

5.2 Custos do Hospital Agamenon Magalhães

Resultados relacionados a composição das receitas do HAM para o ano de 2018. O instrumento de contratualização, compõe a receita no valor de R\$ 69.055.698,75 anual com recursos do Tesouro Nacional (Tabela 11).

Tabela 11 - Demonstrativo da receita conforme contratualização do HAM - 2018.

Repasse Pré-fixado	ANO	(%)
Procedimentos de Média Complexidade - Financiados pelo Média e Alta Complexidade	32.207.565,21	46,6
Incentivos Federais	22.026.826,56	31,9
Sub Total	54.234.391,77	78,5
Repasse Pós-fixado		
OPM*	378.000,00	0,5
Procedimentos de Alta Complexidade - Financiados pelo recurso da Média e Alta Complexidade	13.457.605,18	19,5
Procedimentos financiados através do FAEC**	985.701,80	1,4
Sub Total	14.821.306,98	21,5
TOTAL	69.055.698,75	100,0

Fonte: Plano Operativo Assistencial do HAM – 2018 / SES PE – Elaborado pela autora

*OPM – Órteses, próteses e materiais especiais

**FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações

Em meio ao recurso destinado na contratualização, 78,5% fazem parte do valor pré-fixado, que é repassado de forma antecipada ao Fundo Estadual de Saúde. O componente pós-fixado depende da produção no período de análise, neste caso, 21,5% do total dos recursos recebidos.

A verba de custeio do HAM é cofinanciada pelo MS e SES/PE. Uma parcela do Tesouro Nacional por meio da contratualização é retida no fundo estadual para o pagamento de pessoal e gastos com manutenção do serviço do HAM (R\$ 58.286.105,58). A receita repassada ao HAM se constitui de R\$ 10.769.593,17 (25,5%) procedente do MS e R\$ 31.431.257,82 (74,5%) da SES, totalizando o valor de R\$ 42.200.850,99 (Tabela 12).

Tabela 12 - Composição da receita do hospital Agamenon Magalhães. Recife, 2018.

Receita – Cofinanciamento Ham			
Descrição	Fonte de Financiamento	R\$	%
Recurso MS	Contratualização - Tesouro Nacional	69.055.698,75	
	(Retido na SES)	- 58.286.105,58	
	(Repasado ao HAM)	10.769.593,17	25,5%
Recurso SES	Tesouro Estadual	31.431.257,82	74,5%
TOTAL		42.200.850,99	100,0%

Fonte: Efisco/SEFAZ/PE.

Entre os gastos pagos pelo SES, estão incluídos os profissionais concursados (servidores estaduais) e residentes, com encargos e benefícios, perfazendo um valor de R\$ 151.904.333,00, representando 82,6% das despesas. O MS investe R\$ 98.000,00, anualmente, para despesas com custeio do programa de residência multiprofissional no HAM, junto aos encargos desembolsados pela SES totalizou R\$ 5.754.988,80 (Quadro 9).

Quadro 9 - Distribuição dos gastos da Secretaria Estadual de Saúde/PE - HAM, 2018.

Gastos pagos pela SES/PE	Valor pago – R\$	(%)
Pessoal	151.904.333,00	82,6%
Profissionais de Saúde	141.090.611,19	76,7%
Residentes	5.754.988,80	3,1%
Serviços de Terceiros/Pessoa Física (plantão extra)	5.058.733,01	2,8%
Outros gastos	32.063.249,47	17,4%
Portaria	756.708,85	0,4%
Vigilância	1.695.262,42	0,9%
Limpeza	2.790.075,40	1,5%
Maquero	751.845,90	0,4%
Administrativo	2.870.965,47	1,6%
Energia Elétrica	2.018.399,81	1,1%
Água	912.863,29	0,5%
Telefonia	98.315,56	0,1%
Combustível	63.169,69	0,0%
Aluguel de Veículos	1.195.948,08	0,7%
Alimentação – PJ	5.666.967,93	3,1%
Gás Medicinal	402.698,29	0,2%
Serviço de Tecnologia da Informação	692.085,36	0,4%
Motorista	467.245,80	0,3%
Terapia Renal Substitutiva -TRS	5.485.858,56	3,0%
Anestesia	4.849.847,55	3,0%
Imagem (RNM; TC)	539.234,85	0,3%
Gasometria	260.452,75	0,1%
Lixo Hospitalar	545.303,91	0,3%
Total	183.967.582,47	100,0%

Fonte: Departamento de Custos do HAM – elaborado pela autora

A tabela a seguir consolida a receita destinada ao custeio do HAM a partir do recurso proveniente do Tesouro Nacional, através do instrumento formal de contratualização, e do recurso do Tesouro Estadual.

A principal fonte de receita é do Tesouro Estadual R\$ 157.112.734,71/ano (69,4%) e do Tesouro Nacional (30,6%), conforme descrito na Tabela 13.

Tabela 13 - Descrição dos recursos financeiros - HAM, 2018.

Fonte de financiamento	Descrição	(R\$)
(A) Tesouro Nacional (MS)	Contratualização	69.055.698,75
	Custeio Residência	98.000,00
	Total	69.153.698,75
	Recurso MS retido na SES	58.286.105,58
(B) Tesouro Estadual (SES/PE)	Despesas	32.063.249,47
	Pessoal	151.904.333,00
	Cofinanciamento	31.431.257,82
	Total	157.112.734,71
(C) Total Anual (A+B)		226.266.433,46
Financiamento MS (%)	ano 2018	30,6%
Financiamento SES/PE (%)		69,4%

Fontes: Plano Operativo Anual do HAM /Setor Financeiro da SES/ Setor de Planejamento SES / Departamento de Custos HAM. Elaborado pela autora.

O somatório dos gastos do hospital está descrito na Tabela 14 por grupos. Observa-se que o gasto com pessoal corresponde a 67,7% do total, inclui-se neste item os profissionais residentes, serviços médicos e os custos com serviços de terceiros – pessoa física. Os serviços terceirizados correspondem a 18,0% dos gastos do HAM.

Tabela 14 - Distribuição dos gastos do HAM agregado por item de custo e despesa. Recife, 2018.

Grupos de Gastos	(\$)	%
Pessoal	156.722.919,85	67,70%
Custo total c/RH	141.090.611,19	60,90%
Serviços médicos	5.058.733,01	2,20%
Residentes	5.852.988,80	2,50%
Outros serviços de terceiros - pessoa física	4.720.586,85	2,00%
Material de consumo	29.821.598,52	12,90%
Combustíveis e lubrificantes automotivos	67.726,23	0,00%
Gases medicinais	530.247,30	0,20%
Gêneros de alimentação	179.133,04	0,10%

Material de cama, mesa e banho	82.584,18	0,00%
Material de copa e cozinha	40.037,91	0,00%
Material de expediente	179.362,89	0,10%
Material de limpeza	340.698,98	0,10%
Material de processamento de dados	31.954,52	0,00%
Material laboratorial	5.665.120,18	2,40%
Material médico-hospitalar	7.549.497,79	3,30%
Material para manutenção de bens imóveis	76.672,59	0,00%
Material para manutenção de veículos	58.417,96	0,00%
Material para reabilitação (órteses, próteses e materiais especiais - OPME)	7.249.832,87	3,10%
Medicamentos	7.192.487,91	3,10%
Outros materiais de consumo	577.824,17	0,20%
Serviços de terceiros	41.736.469,18	18,00%
Aluguel de máquinas e equipamentos	590.258,64	0,30%
Aluguel de veículos	1.156.739,88	0,50%
Outros serviços de terceiros - pessoa jurídica	2.749.184,34	1,20%
Serviço de coleta de resíduos comuns	113.920,05	0,00%
Serviço de coleta de resíduos de serviços de saúde	601.468,06	0,30%
Serviço de lavanderia	463.443,00	0,20%
Serviço de manutenção e conservação de máquinas e equipamentos	2.735.677,19	1,20%
Serviço de maqueiro/padioleiro	902.215,14	0,40%
Serviço de recepção	757.704,00	0,30%
Serviços de apoio administrativo, técnico e operacional	3.051.751,92	1,30%
Serviços de fornecimento de alimentação - pessoa jurídica	5.666.967,03	2,40%
Serviços de limpeza e conservação	3.449.788,16	1,50%
Serviços de publicidade e propaganda	620.237,98	0,30%
Serviços de tecnologia da informação	400.008,49	0,20%
Serviços de vigilância e/ou segurança	1.734.235,04	0,70%
Serviços médico-hospitalares	5.607.476,55	2,40%
Terapia renal substitutiva -TRS	5.485.858,56	2,40%
Anestesia	4.849.847,55	2,10%
Imagem (RNM; TC)	539.234,85	0,20%
Gasometria	260.452,75	0,10%
Despesas gerais	2.861.731,90	1,20%
Serviço de água e esgoto	780.200,65	0,30%
Serviços de energia elétrica	2.010.607,65	0,90%
Serviços de telecomunicações - (telefonia fixa - ramais)	70.923,60	0,00%
Depreciação	415.219,13	0,20%
Total geral	231.557.938,58	100,00%

Fonte: APURASUS/DATASUS/Ministério da Saúde/DGES-SESPE/ – elaborado pela Autora

Nota: *OPME - Órteses, próteses e materiais especiais. # PJ - pessoa jurídica

A Tabela 15 exibe o balanço receita/gasto total do HAM, na qual se verifica um déficit anual de - R\$ 5.291.505,12 ou - R\$ 440.958,76/mês.

Tabela 15 - Demonstração do balanço receita/gastos do HAM. Recife, 2018.

Descrição		(R\$)
Receita	Total	226.266.433,46
	- Recurso Tesouro Nacional	69.153.698,75
	- Recurso Tesouro Estadual	157.112.734,71
Gasto	Total	231.557.938,58
Balanço	Receita - Gasto (com aporte da SES)	- 5.291.505,12

Fonte: Elaborado pela Autora

5.3 Custos da internação na assistência obstétrica do HAM

A obstetrícia é a especialidade que apresenta maior número de leitos, correspondendo a 27,1% do total, o mesmo percentual foi usado como critério de rateio dos incentivos e recursos transferidos do cofinanciamento e outras fontes (Tabela 16).

Tabela 16 - Rateio dos recursos recebidos por clínica (incentivo do ministério da saúde e cofinanciamento) do HAM. Recife, 2018

Área de Referência	Leitos		Rateio / Leito			
	N	%	Cofinanciamento	IAC	EX-FIDEPS	IAPÍ
<i>Clínica Geral</i>	73	22,3	9.392.262,57	779.192,20	399.570,84	19.987,76
<i>Cardiovascular</i>	72	22,0	9.263.601,44	768.518,33	394.097,27	19.713,95
<i>Endocrinologia</i>	8	2,4	1.029.289,05	85.390,93	43.788,59	2.190,44
<i>Cirurgia Geral</i>	37	11,3	4.760.461,85	394.933,03	202.522,21	10.130,78
<i>C. Plástica</i>	7	2,1	900.627,92	74.717,06	38.315,01	1.916,63
<i>Otorrino</i>	12	3,7	1.543.933,57	128.086,39	65.682,88	3.285,66
<i>Ginecologia</i>	13	4,0	1.672.594,70	138.760,25	71.156,45	3.559,46
Obstetrícia	89	27,1	11.450.840,66	949.974,05	487.148,01	24.368,63
<i>Pneumologia</i>	2	0,6	257.322,26	21.347,73	10.947,15	547,61
<i>Neonatologia</i>	15	4,6	1.929.916,97	160.107,99	82.103,60	4.107,07
TOTAL	328	100	42.200.850,99	3.501.027,96	1.795.332,00	89.808,00

Fonte: Elaborado pela autora

Na Tabela 17, estão detalhados todos os itens que compõe o custo direto da assistência obstétrica hospitalar. O gasto com pessoal representa 77,3%, seguido do material de consumo (13,9%) e serviços de terceiros (8,9%).

Tabela 17 - Descrição do custo direto por centro de custo da assistência obstétrica de alto risco - HAM, 2018.

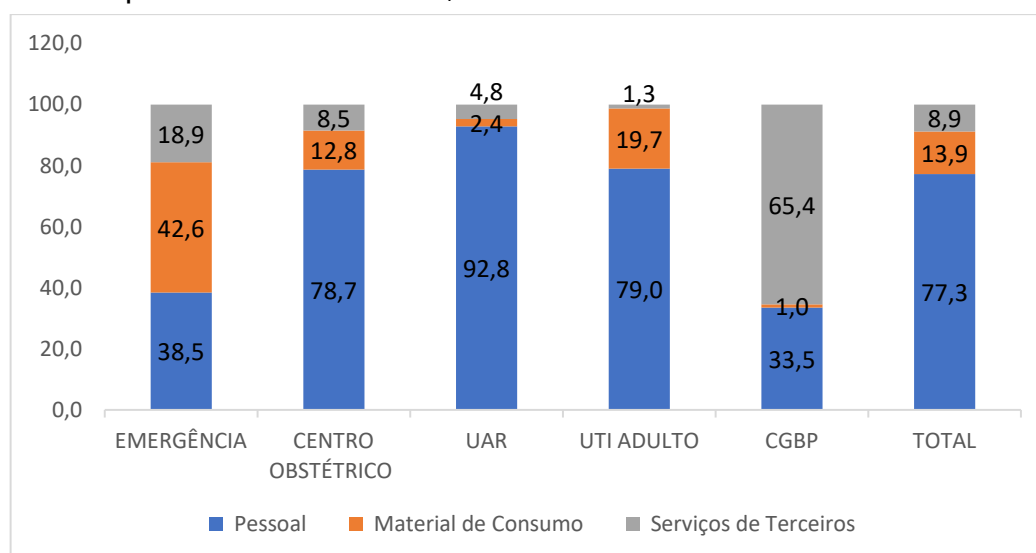
Item Custo	Emergência	Centro Obstétrico	UAR	UTI ¹	CGBP ²	Custo Direto	
	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(%)
Pessoal	743.213,13	14.291.286,33	3.197.957,49	741.801,85	48.117,27	19.022.376,07	77,3
Custo Total c/RH	476.778,73	14.024.851,93	2.931.523,09	741.801,85	48.117,27	18.223.072,87	74,0
Residentes	266.434,40	266.434,40	266.434,40	-	-	799.303,20	3,2
Mat. Consumo	823.622,75	2.319.108,56	83.176,88	185.433,41	1.499,04	3.412.840,64	13,9
Mat. Laboratorial	680.470,83	798.983,46	-	15.455,93	-	1.494.910,22	6,1
Mat. Médico-Hospitalar	69.524,49	1.026.041,84	49.561,36	108.770,35	1.200,47	1.255.098,51	5,1
Medicamentos	69.226,77	486.670,88	28.214,94	59.979,44	-	644.092,03	2,6
Combustível Lubrif. automotivo	243,95	565,94	-	59,36	-	869,25	0,0
Mat. de Cama, Mesa e Banho	3.630,62	5.606,30	1.808,33	632,85	-	11.678,10	0,0
Mat. Manut. de Veículos	108,23	422,28	-	29,14	-	559,65	0,0
Mat. Manut. de Bens Imóv.	202,93	202,93	3.377,32	73,39	83,64	3.940,21	0,0
Outros Mat. de Consumo	214,93	614,93	214,93	432,95	214,93	1.692,67	0,0
Serviços de Terceiros	365.278,00	1.546.187,98	164.323,53	11.826,06	93.860,61	2.181.476,18	8,9
Outros Serviços de Terceiros - PF	28.219,91	197.972,22	9.847,57	261,30	2.351,66	238.652,66	1,0
Anestesiata	-	1.022.458,72	-	-	-	1.022.458,72	4,2
Maqueiro	100.246,08	-	-	-	-	100.246,08	0,4
Apoio Administrativo, Técnico/Op.	127.306,80	29.751,60	-	-	-	157.058,40	0,6
Fornecimento e Alimentação-PJ	7.884,36	187.264,49	145.363,13	6.633,19	91.508,95	438.654,12	1,8
Lavanderia	17.654,11	28.982,59	9.112,83	3.410,19	-	59.159,72	0,2
Recepção	79.758,36	79.758,36	-	-	-	159.516,72	0,6
Imagem	-	-	-	552,30	-	552,30	0,0
Aluguel de Veículos	4.208,38	-	-	969,08	-	5.177,46	0,0
TOTAL GERAL	1.932.113,88	18.156.582,87	3.445.457,90	939.061,31	143.476,92	24.616.692,88	100,0

Fonte: APURASUS/DATASUS/Ministério da Saúde e Departamento de custos HAM – Elaborado pela autora.

Nota: ¹ Unidade de Terapia Intensiva / ² Casa da gestante, bebê e puérpera

O custo direto está subdividido por grupos de gasto em relação aos itens de mesma similaridade por centro de custo no Gráfico 7. A unidade de internação do Alto Risco possui custo com pessoal superior aos dos demais centros. A Emergência obstétrica detém 42,6%, do seu custo direto com material de consumo e a Casa da Gestante, 65,4% com serviços de terceiros.

Gráfico 7 - Distribuição dos custos direto por centro de custo da assistência obstétrica hospitalar do HAM. Recife, 2018.



Fonte: APURASUS/Arquivos HAM

A tabela a seguir, descreve os custos indiretos na assistência obstétrica de alto risco. O serviço de limpeza e conservação representa 25,5% dos custos indiretos, energia elétrica (20,5%) e vigilância/segurança (12,8%). Exceção para a Emergência que apresenta maior custo indireto em coleta de resíduo de serviço de saúde.

Tabela 18 - Descrição do custo indireto da assistência obstétrica de alto risco - HAM, 2018.

Item Custo	Emergência	Centro Obstétrico	UAR	UTI¹	CGBP²	Custo Indireto	
	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(%)
Custo Indireto	191.945,77	574.550,59	284.937,24	45.968,13	103.214,77	1.200.616,50	100
Gases Medicina.	9.468,70	23.671,75	17.359,29	5.611,08	-	56.110,83	4,7
Gêneros Alimentícios	5.431,77	6.437,65	100,59	648,24	603,53	13.221,77	1,1
Mat. Expediente	5.436,86	6.443,69	100,68	648,84	604,10	13.234,17	1,1
Mat. de Processamento de dados	313,31	469,97	469,97	52,22	-	1.305,47	0,1
Mat. de Copa e Cozinha	1.213,27	1.437,95	22,47	144,79	134,81	2.953,29	0,2
Mat. de Limpeza	2.864,61	13.944,06	9.496,02	1.302,08	2.616,48	30.223,26	2,5
Outros Serv. de terceiros – PJ*	17.770,06	17.770,06	17.770,06	1.974,45	17.770,06	73.054,69	6,1
Coleta de resíduos comuns	957,87	4.662,64	3.175,30	435,39	874,90	10.106,10	0,8
Coleta de resíduos SS**	41.962,89	41.962,89	-	4.662,54	-	88.588,32	7,4
Limpeza e conservação	28.989,09	141.110,17	96.097,23	13.176,71	26.478,06	305.851,26	25,5
Manut. e conservação de equipam.	17.593,96	17.593,96	17.593,96	1.954,88	17.593,96	72.330,72	6,0
TI***	3.921,65	5.882,48	5.882,48	653,61	-	16.340,22	1,4
Vigilância/Segurança	14.573,04	70.937,17	48.308,82	6.624,04	13.310,72	153.753,78	12,8
Água e Esgoto	20.264,95	30.397,43	10.132,48	1.125,83	10.132,48	72.053,16	6,0
Energia Elétrica	14.762,17	166.320,46	47.238,95	5.030,07	12.793,88	246.145,53	20,5
Telecomunicação	301,80	603,61	301,80	67,07	301,80	1.576,08	0,1
Depreciação equip.	6.119,75	24.904,66	10.887,15	1.856,27	-	43.767,84	3,6

Fonte: APURASUS/DATASUS/Ministério da Saúde e Departamento de custos HAM – Elaborado pela Autora

Nota: ¹ Unidade de Terapia Intensiva / ² Casa da gestante, bebê e puérpera

*PJ – pessoa jurídica; **SS – serviços de saúde; *** TI – tecnologia da informação

No APURASUS os custos administrativos e Intermediários foram predefinidos e mensurados pelo hospital e estão disponibilizados mediante relatório do próprio sistema. Dos custos administrativos, a Diretoria e a Farmácia representam o maior percentual, 48,8% e 21,7%, respectivamente. Os principais

centros formadores dos custos intermediários são o Laboratório de Análise Clínica (25,4%) e o do Centro de Imagem (21,6%), como mostra a Tabela 19.

Tabela 19 - Descrição dos custos administrativos e intermediários do HAM. Recife, 2018.

Formação de custo	Emergência (R\$)	Centro Obs-tétrico (R\$)	Unid. Alto Risco (R\$)	UTI ¹ (R\$)	CGBP ² (R\$)	Custo Administra- tivo/Intermediário	
						(R\$)	%
Recebido do administrativo	185.604,40	717.030,59	308.435,78	90.791,71	88.320,33	1.390.182,81	100,0
Almoxarifado	30.011,01	8.403,89	2.728,86	2.200,25	19,51	43.363,52	3,1
Condomínio	14.004,15	68.168,14	46.423,05	6.365,47	12.791,09	147.751,90	10,6
Diretoria Geral	64.319,04	313.085,97	213.214,20	29.235,63	58.747,73	678.602,57	48,8
Farmácia Hospitalar	31.484,84	210.746,86	27.535,66	32.113,84	248,90	302.130,10	21,7
Informática	17.158,76	11.897,91	4.922,42	1.288,19	-	35.267,28	2,5
Manutenção	15.492,76	63.287,65	9.727,38	7.109,96	16.369,56	111.987,31	8,1
Necrotério	-	31.231,56	-	8.405,49	-	39.637,05	2,9
Educação Permanente	-	10.208,61	1.319,34	372,20	-	11.900,15	0,9
Ouvidoria	2.705,67	-	2.564,87	308,93	143,54	5.723,01	0,4
Transporte	10.428,17	-	-	3.391,76	-	13.819,93	1,0
Recebido intermediário	684.007,22	1.442.188,51	356.439,15	192.145,57	60.800,54	2.735.580,99	100,0
Agência Transfusional	-	153.876,15	-	39.744,09	-	193.620,24	7,0
Central de Material Esterilizado	15.517,36	304.390,05	35.163,68	12.828,62	-	367.899,71	13,4
Centro de Imagem	108.992,17	318.809,62	155.634,02	37.917,25	-	621.353,06	22,7
CCIH*	6.582,04	13.841,08	2.688,31	5.183,76	-	28.295,19	1,0
Comissão de Ética Médica	39,62	-	-	13,83	-	53,45	0,0
Anatomia Patológica	97.154,09	-	-	-	-	97.154,09	3,5
Análises Clínicas	402.355,75	211.298,81	45.112,57	74.543,04	-	733.310,17	26,8
Rouparia e Costura	40.204,04	76.676,11	20.285,48	7.959,36	-	145.124,99	5,3
Sala de Vacinação	-	34.348,89	-	-	-	34.348,89	1,2
Serviço Social	4.618,13	740,49	3.092,47	8.162,83	3.725,06	20.338,98	0,7
Nutrição Enteral	-	3,92	1.340,38	1.467,79	-	2.812,09	0,1
Nutrição e Dietética	4.693,56	243.715,68	88.729,54	3.729,29	50.177,46	391.045,53	14,2
Vig. Epidemiológica	3.850,46	84.487,71	4.392,70	595,71	6.898,02	100.224,60	3,6
Total - Rateios	869.611,62	2.159.219,10	664.874,93	282.937,28	149.120,87	4.125.763,80	100,0

Fonte: APURASUS/DATASUS/Ministério da Saúde e Departamento de custos HAM – Elaborado pela autora

Nota: CCIH – Comissão de controle de Infecção Hospitalar

: ¹ Unidade de Terapia Intensiva / ² Casa da gestante, bebê e puérpera

Os custos intermediários por centro de custo, isoladamente, não mostram constância entre eles.

Comparando os gastos dos centros administrativos e intermediário, há uma divergência entre os custos da emergência obstétrica e UTI, enquanto existe uma convergência entre esses mesmos custos na Unidade de Alto Risco. Destaque para os custos administrativos que superam o intermediário apenas no CGBP.

A soma dos valores apurados por centro de custo produtivo a partir dos custos diretos, indiretos e rateios recebidos pode ser demonstrado na tabela 20 abaixo. A maior concentração dos custos está nos custos diretos, com 82,2% de todo valor apurado, seguido dos valores recebidos por rateio dos centros de custos auxiliares, 13,8%.

Tabela 20 - Absorção dos custos por centro de custo produtivo – HAM. Recife, 2018.

ITEM DE CUSTOS	EMERGÊNCIA	C. OBSTÉTRICO	UNID. ALTO RISCO	UTI ¹	CGBP ²	VALOR TOTAL	%
Pessoal	743.213,13	14.291.286,33	3.197.957,49	741.801,85	48.117,27	19.022.376,07	63,5%
Material de consumo	823.622,75	2.319.108,56	83.176,88	185.433,41	1.499,04	3.412.840,64	11,4%
Serviços de terceiros	365.278,00	1.546.187,98	164.323,53	11.826,06	93.860,61	2.181.476,18	7,3%
Custos diretos totais	1.932.113,88	18.156.582,87	3.445.457,90	939.061,31	143.476,92	24.616.692,88	82,2%
Custo indireto totais	191.945,77	574.550,59	284.937,24	45.968,13	103.214,77	1.200.616,50	4,0%
Custo recebido administrativo	185.604,40	717.030,59	308.435,78	90.791,71	88.320,33	1.390.182,81	4,6%
Custo recebido intermediário	684.007,22	1.442.188,51	356.439,15	192.145,57	60.800,54	2.735.580,99	9,1%
Total de rateios recebidos	869.611,62	2.159.219,10	664.874,93	282.937,28	149.120,87	4.125.763,80	13,8%
Custos totais	2.993.671,27	20.890.352,56	4.395.270,07	1.267.966,72	395.812,56	29.943.073,19	100%

Fonte: APURASUS/DATASUS/Ministério da Saúde e Departamento de custos HAM – Elaborado pela autora

Nota: : ¹ Unidade de Terapia Intensiva / ² Casa da gestante, bebê e puérpera

O valor total gerado em cada centro de custo foi dividido pela quantidade de serviços prestados em 2018, obtendo-se o custo unitário dos serviços por cada centro, detalhado na tabela a seguir. O TMP considerado para o cálculo do valor da diária/paciente na receita média do SUS, foi de 06 dias para a Unidade Alto Risco, baseado no perfil dos internamentos apresentados nas tabelas 3 e 6, os custos estão apresentados na tabela a seguir.

Tabela 21- Identificação dos custos unitários por unidade de rateio e centro de custos finais no HAM. Recife, 2018.

CENTRO DE CUSTOS	EMERGÊNCIA	CENTRO OBSTÉTRICO	UNIDADE ALTO RISCO	UTI	CASA DA GESTANTE
Custo total	2.993.671,27	20.890.352,56	4.395.270,07	1.267.966,72	395.812,56
Unid. de rateio	<i>Atendimento</i>	<i>Parto</i>	<i>Paciente/dia</i>	<i>Paciente/dia</i>	<i>Usuária</i>
Nº de serviços	17.572	3.796	13.538	387	386
Custo unitário	170,37	5.503,25	324,66	3.276,40	1.025,42
Receita média SUS	12,47	1.002,60	39,00	490,84	-

Fonte: APURASUS, SIA/SIH/MS – Elaborado pela autora.

O cálculo do custo unitário do atendimento na emergência se faz pela divisão do custo total (R\$ 2.993.671,27) pelo número de atendimentos realizados (17.572) no mesmo período. O custo unitário do atendimento na emergência obstétrica foi R\$ 170,37, em contrapartida, o SUS repassa o valor de R\$ 12,47 para o custeio deste atendimento, conforme a tabela de procedimentos, representando uma diferença de - R\$ 157,90, que deverá ser suprido com recursos do Tesouro Estadual.

O custo unitário médio do parto realizado no HAM em 2018 foi R\$ 5.503,25. De acordo com o apresentado na tabela 21, o recurso repassado pelo Ministério da Saúde para subsidiar os partos efetuados no HAM mediante a AIH/SUS tem o valor médio de R\$ 1.002,60. Na composição da AIH/SUS está o valor do parto cesáreo de alto risco (R\$ 890,94) ou parto normal de alto risco (R\$ 617,19), incluindo exames e outros procedimentos; gerando um déficit de R\$ 4.500,65, valor 448,89% maior do que o repassado pelo MS a SES para o seu financiamento.

A diferença do custo unitário da diária do internamento na Unidade de Alto Risco, tendo como base o valor da AIH média dos internamentos repassado pelo MS a SES é em R\$ 285,66. Na UTI a diferença é ainda maior, R\$ 2.785,56, evidenciando uma desproporção de 567,50%.

Na CGBP, todo financiamento para manutenção deste serviço é custeado pela SES/PE, porque o HAM não está habilitado pela Rede Cegonha/ MS por isso não recebe recurso do governo federal para o seu custeio, cujo valor seria em torno de R\$ 240.000,00/ano para 10 leitos, caso fosse habilitada.

6 DISCUSSÃO

Perfil das gestantes internadas na maternidade de Alto Risco do Hospital Agamenon Magalhães

Em 2018 foram realizados no Hospital Agamenon Magalhães aproximadamente 10 mil atendimentos na triagem obstétrica, dos quais mais da metade resultou em internamentos, sendo o terceiro em número de partos de alto risco em Recife. A maioria das mulheres estava na faixa etária entre 26 e 39 anos, com o número de adolescente maior que as de idade materna avançada e eram procedentes da macrorregião metropolitana. Pouco mais da metade chegou espontaneamente ao hospital; um terço foi classificada sem risco de agravo; um terço se queixava de “dor do parto”, seguido de sintomas relacionados à hipertensão arterial, principal causa de internamento, sendo hospitalizadas para tratamento da pré-eclâmpsia grave, incidindo em dobro entre as adolescentes internadas.

As gestantes menores de 20 anos apresentaram cinco vezes mais chances de terem múltiplos riscos na gestação, no Paraná (DE MELO et al., 2016).

A respeito dos riscos da gravidez na adolescência, ela pode estar associada a uma maior morbidade materna e fetal se não for bem acompanhada (SILVA et al., 2012). É importante ressaltar que o acompanhamento pré-natal criterioso e sistemático da gestação são necessários para a sua prevenção (BARBOSA et al., 2015).

Apesar de a maioria das mulheres serem oriundas da região metropolitana, o HAM atendeu outras macrorregiões de PE e ainda de estados vizinhos, sugerindo que a rede de assistência obstétrica de alto risco é insuficiente para demanda no interior de Pernambuco. Contudo, segundo os parâmetros da Rede Cegonha, o quantitativo de leitos necessários ao alto risco é satisfatório para o estado (BRASIL, 2015). Este fato aponta para a precariedade do sistema de saúde, a ineficiência da regionalização e da rede obstétrica de Pernambuco, onde existe uma concentração dos leitos obstétricos de alto risco na macro metropolitana (cerca de 80%) e um vazio assistencial na III macrorregião (PERNAMBUCO, 2019), o que pode levar ao fluxo desordenado da demanda, levando a peregrinação destas mulheres por assistência.

Um estudo exploratório que avaliou a atenção do SUS às mulheres grávidas, comprova as lacunas existentes na oferta e qualidade dos serviços, encontrou desigualdades regionais e populacionais, quanto a disponibilidade de estrutura adequada ao atendimento de alta e média complexidade, vista por Costa et al. (2005), como bem identificou Rohr, Valongueiro e de Araújo (2016), tal desestruturação da rede obstétrica na I região de Pernambuco ainda permanece para o atendimento de alta e média complexidade, apesar dos esforços para expansão de oferta e descentralização dos recursos nos últimos anos, ainda se encontram “vazios” e desafios necessários para o avanço da assistência as mulheres gestantes e suas particularidades. Resultado semelhante ao encontrado em outra unidade de referência do estado em 2015 (FIGUEIROA et al., 2017).

O fato de muitas gestantes procurarem o HAM espontaneamente, mesmo as classificadas com baixo risco, talvez por medo de complicações obstétricas, corrobora para a fundamentação da ineficiência da rede. Os principais motivos da procura por atendimento gerou a realização imediata do parto em mais da metade das ocorrências.

A associação da classificação de risco com o acompanhamento dos fluxos de atendimento estabelecidos entre as instituições, é uma ferramenta fundamental à tomada de decisão e elaboração de planos de melhoria. Estas informações podem evidenciar as fragilidades da assistência pré-natal e apontar estratégias de enfrentamento e responsabilização entre os gestores (BRASIL, 2017f).

No acolhimento com classificação de risco a principal queixa foi “dor do parto,” semelhante às encontradas em Minas Gerais por Rodrigues (2015) e no Rio de Janeiro em Britto et al.(2018), enquanto na segunda queixa, nestes estados foi perda de líquido vaginal, enquanto que neste estudo realizado por Amorim et al.(2008), em Pernambuco, foram sintomas relacionados à hipertensão arterial.

As síndromes hipertensivas da gravidez, incluindo a pré-eclâmpsia, seguida de parto prematuro e infecção correspondem às causas mais frequentes de mortalidade materna no Brasil (DA SILVA et al., 2016; RAMOS et al., 2020; RODRIGUES et al., 2017) e no mundo (OMS, 2019). No Nordeste, as prevalências são semelhantes, Carvalho et al. (2020) descreveu como a principal causa em Recife/PE as infecções; Rodrigues et al. (2017) encontrou em duas maternidades públicas de Sobral/CE pré-eclâmpsia (20,6%) e ruptura prematura de membranas

obstétricas (19,1%). Santos, Campos e Duarte (2013) identificaram o trabalho de parto prematuro (31,4%) e pré-eclâmpsia/eclâmpsia (31,1%) foram as complicações de maior ocorrência em uma maternidade de referência de Maceió.

As mulheres que se internaram para o tratamento de pré-eclâmpsia na UTI apresentaram o maior percentual de tempo de permanência. Estudos apontam para a gravidade das doenças do sistema cardiocirculatório na gestação, caracterizando a hipertensão crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, como patologias que transcorre com elevada morbimortalidade, podendo necessitar de cuidados intensivos e procedimentos especiais, elevando o tempo do internamento hospitalar e os custos (AMORIM et al., 2008).

A ocorrência de internamentos prévios ao parto são indícios de piores desfechos maternos, aumento da frequência de internação no pós-parto e em UTI, refletindo no aumento da morte materna(MOURA et al., 2018).

A assistência prestada para inibição do trabalho de parto prematuro obteve sucesso na maior parte dos internamentos, reduzindo as complicações causadas pela prematuridade e morte neonatal além dos seus custos com internamento especializado. Para Barbosa et. al (2016) a prematuridade é a principal causa de mortalidade neonatal, é fundamental na assistência obstétrica o reconhecimento do parto prematuro e o seu tratamento realizado de forma adequada.

Entre os internamentos ocorridos por infecções, a do trato geniturinário merece ênfase pela sua alta prevalência como também, por proporcionar um período maior de permanência hospitalar para a efetivação do tratamento. Maior prevalência no estudo realizado na Georgia (12,0%)(BRUCE et al., 2012). Representa a segunda causa nas intercorrências dos serviços da Rede SUS comparado as mulheres assistidas nos hospitais privados do estudo realizado em Maringá(FALAVINA et al., 2018). No estudo realizado por Vettore et. al (2013) mostrou que o manejo da ITU no pré-natal foi considerado inadequado em 72% das gestantes assistidas. Uma assistência inadequada no pré-natal poderá levar a complicações maternas e perinatais.

O HAM é uma referência hospitalar que oferece recursos qualificados para a assistência de alto risco em gestantes que apresentam algum tipo de intercorrência clínica no período da gravidez. Entretanto, existe a necessidade de intensificar a assistência realizada na atenção básica e na média complexidade nos municípios,

de modo a oferecer uma assistência a gestante de melhor qualidade, aumentando a sua resolubilidade e reduzindo custos.

O tempo médio de permanência de 05 dias em leitos obstétricos do HAM é a maior entre os hospitais de referência de alto risco do estado, dados do SIH/MS, caracterizando um perfil de assistência que inspira maiores cuidados das usuárias atendidas e elevação dos custos com o internamento. Os dias de permanência foi ainda superior à média do HAM para o internamento do tratamento clínico no puerpério. Segundo da Silva et al. (2008) o TMP é um importante indicador hospitalar, pois reflete financeiramente, em cada dia a mais que o usuário continua internado fazendo o uso de sua estrutura, aumentando desta maneira o gasto com o paciente. O sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS -SIGTAP estabelece uma média de permanência de 3 dias para parto normal ou cesáreo de alto risco, assim como para intercorrências clínicas na gravidez e controle de gestantes de alto risco. A portaria GM/MS 1.631/2015, refere a média de variação recomendada para o tempo médio de permanência nas internações obstétricas, de 2,4 a 3,1, quanto aos leitos de UTI obstétrica de 2,87 a 4,59. Estudo realizado em São Paulo, corrobora com os parâmetros mencionados(MOURA et al., 2018). Estes parâmetros evidenciam um padrão de TMP da assistência obstétrica diferente ao encontrado no HAM, que apresenta em média, um TMP superior a 4 dias dos internamentos realizados no alto risco, refletindo em 53% das diárias processadas em 2018.

O número de partos cesáreos se sobrepôs ao parto normal no nosso estudo, talvez em consequência da gravidade das complicações que elevam os riscos de mortalidade, porém as altas taxas de partos cesarianos é recorrente no Brasil o qual ficou na segunda posição dos países com maior percentagem de cesáreas no mundo (55%) em 2018 (FEBRASGO, 2018).

Estudos em hospital filantrópico na região Sul feito por Antunes, Rossi e Pelloso (2020) e em hospital de ensino de Alagoas por Santos (2013) apresentaram taxas elevadas de cesáreas 72,8% e 59,0%, respectivamente, contudo, em trabalho realizado em hospitais do SUS de São Paulo apresentou resultado contrário, 67,7% parto vaginal (MOURA et al., 2018). Mesmo assim superior ao nível aceitável pela OMS, que é em torno de 10 a 15%,

Mais da metade das mulheres internadas na UTI por complicações obstétricas foram em consequência da pré-eclâmpsia e síndromes hipertensivas, com longo período de permanência. Os distúrbios hipertensivos da gravidez, eclâmpsia e pré-eclâmpsia foram os diagnósticos mais frequentes associados à internação materna na UTI, com variação do TMP entre 1 a 26 dias, com exceção do Paquistão em que as doenças hipertensivas foi a segunda maior causa dos internamentos. Houve divergência quanto a proporção dos internamentos na UTI, nos estudos de São Paulo, Paquistão e Maryland apresentaram proporções inferiores, com variação entre 0,4% a 1,3% (AMORIM et al., 2008; F. MOURÃO et al., 2019; MOURA et al., 2018; QURESHI et al., 2016; WANDERER et al., 2013).

Em razão da carência de estudos sobre a temática de custos relacionado a assistência materna, houve uma limitação na comparação dos resultados com outros trabalhos.

Custos do internamento da maternidade de alto risco sob a perspectiva do SUS

Os resultados deste estudo de custos de uma maternidade pública para atendimento de gestante de alto risco em Pernambuco, terceira em número de atendimentos na capital, Recife, mostrou que foram desembolsados dos cofres públicos R\$29.943.073,19 no ano de 2018, destes, a maior proporção de custos estão comprometidas com o pagamento de recursos humanos e que este custo é muito superior ao repassado pela tabela de procedimentos do SUS para assistência a este grupo.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar refere que o financiamento da assistência hospitalar deve ser tripartite, pactuado entre as três esferas de gestão e aponta como vantagem da contratualização, a possibilidade de realizar investimentos na gestão do serviço e melhorar a alocação e gestão dos recursos públicos (BRASIL, 2017b).

Observa-se que entre todo o recurso investido no HAM, o tesouro estadual compromete-se com mais da metade da receita e não há financiamento de origem municipal. As despesas do HAM paga pela Secretaria Estadual de Saúde, com a remuneração, encargos, provimento e todos os benefícios dos servidores públicos representam a maior parte do grupo de gastos, sobretudo gastos com pessoal, cujas

proporções se aproximam com os achados de outros estudos (BORGERT; CRISPIM; ALMEIDA, 2011; ENTRINGER et al., 2013; RAUPP; CRISPIM; ALMEIDA, 2007).

O balanço contábil dos custos do HAM apresenta um déficit anual de quase um sexto do valor recebido no cofinanciamento, constatando a insuficiência da receita para cobrir os gastos do hospital e a defasagem da tabela de procedimentos do SUS. Os valores referenciais dos procedimentos elencados na tabela do SUS não apresenta atualização há treze anos, o reajuste foi publicado na Portaria GM/MS nº 3.192, de 24 de dezembro de 2008. A tabela do SUS está fundamenta no art. 26 da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. É com base nela que são realizadas as transferências intergovernamentais de recursos, o que leva ao subfinanciamento dos entes subnacionais de forma a comprometer, ainda mais, os seus orçamentos.

A receita é gerada quando se realiza um serviço para um terceiro, Martins, (2003), contudo, o Ministério da Saúde *“determina o reconhecimento contábil do resultado (lucro ou prejuízo) apenas quando da realização da receita [...] após o reconhecimento da receita, deduzem-se dela todos os valores representativos dos esforços para sua consecução (despesas) no período”* (BRASIL, 2013b, p. 39).

As informações dos custos, diretos, indiretos e despesas, foram separadas pelos critérios do sistema de apuração de custos do SUS que já se encontravam definidos pelo hospital.

O sistema APURASUS foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde, é um software implantado em 2012, visou dar conhecimento as unidades públicas de saúde dos custos incorridos, que até então, não eram individualizados. Além de prever o custo total, possibilitou estimar o custo dos setores e custo médio dos procedimentos (CZEZACKI, 2017).

Como qualquer sistema de informação, possui vantagens e desvantagens. Entre as vantagens: a manutenção da regularidade fiscal e legal, integrado com a contabilidade; possibilita medir a produtividade e a eficiência, apresenta como desvantagens, registro das informações de forma burocrática e o desafio de manter o controle e atualização (KLEIN; FERREIRA, 2016).

Quanto aos custos diretos e indiretos ocorridos na assistência obstétrica hospitalar no período de 2018, o direto se sobrepõe ao indireto em quase a sua

totalidade, com também referiu Borgert, Crispim e Almeida (2011) descrevendo a análise do comportamento de custos de hospitais em Santa Catarina. Estes achados estão em acordo com o Ministério da Saúde que referenda a veracidade, pois quanto maior for a identificação dos gastos diretos maior será a confiança dos custos dos centros de custos finais (BRASIL, 2006).

O Manual do MS em Brasil (2013b), refere que os custos de pessoal, encontra-se de maior valor entre os custos diretos, de elevada representatividade percentual e muitas vezes não gerenciável em hospitais públicos, como verificou-se no HAM, onde, considerando todos os centros de custos, o gasto com pessoal foi quase a totalidade, exceto na emergência obstétrica que obteve maior custo com material de consumo, haja vista o grande número de gestantes atendidas e, provavelmente, examinada e a CGBP com maior custo em serviços de terceiros, por não estar prevista no orçamento do MS.

Os maiores custos indiretos rateados ficaram para limpeza e conservação, com exceção da emergência cuja maior parte foi para a coleta de resíduo de serviço em saúde, pelo volume de atendimentos. O centro obstétrico apresentou maior custo com os profissionais, porém, com o déficit de profissionais contratados lançou-se mão dos contratos temporários terceirizados – Pessoa Jurídica. Barcellos (2020) refere que este tipo de gasto compreende um dos maiores entre os entes federativos, nessa perspectiva, a Lei de Responsabilidade Fiscal é um mecanismo de controle nos gastos públicos. Com base na Lei, a despesa total com pessoal não poderá exceder em: I – União: 50%; II – Estados: 60%; III – Municípios: 60% (BRASIL, 2000b).

A depreciação é um item não obrigatório no sistema APURASUS e pouco utilizado nos custos em saúde, mas acrescentamos ao trabalho a fim de proporcionar maior clareza e aproximação aos custos totais (BRASIL, 2013b), o qual foi o item de maior custo no centro obstétrico, devido à maior densidade tecnológica dos equipamentos deste setor.

O SUS vem sendo subfinanciado ao longos dos anos, o resultado da insuficiência dos recursos do SUS já foi descrito por Barbosa (2014), Xavier (2016) e Lima et al. (2012), não sendo diferente no presente estudo. Os valores da tabela de procedimentos do SUS não foram reajustados desde 2008 estando defasado para manutenção dos serviços que aumenta em volume com o aumento da população e

efeitos da inflação. Apresentamos, como exemplo, o valor do parto cirúrgico que é R\$ 890,94 desde 2008, a este valor aplicamos o Índice de Correção IGP-M FGV para o período de outubro de 2008 a dezembro de 2018, usando o aplicativo de cálculo do Banco Central do Brasil (BRASIL, [s.d.]). O valor corrigido para dezembro/2018 é R\$ 1.550,71, a ser repassado aos hospitais, se ao menos a inflação tivesse sido corrigida.

O custo levantado no centro obstétrico possibilitou conhecer os custos do parto no HAM, contudo o estudo não permitiu a distinção dos custos por tipo de parto. Observou-se que os custos com o parto são superiores aos valores pagos pelo SUS, mesmo não separando por tipo de parto (normal ou cesárea) e considerando que o tempo de internação é ainda maior para o parto cesáreo comparado ao normal, esse custo pode ser mais elevado no custo final de uma internação. Este achado está de acordo com os resultados de Costa et al (2018), Lima (2012), da Silva, Borgert e Schultz (2007).

Os tratamentos em UTI sempre têm alto custo e para assistência obstétrica não é diferente, o valor da diária repassada pelo SUS é inferior ao valor da diária hospitalar devido a densidade tecnológica dos equipamentos, qualificação profissional, medicamentos e tempo médio de permanência. Em grande parte dos internamentos, o TMP se concentra entre $\geq$ a 3 dias, refazendo o cálculo por tempo de permanência, isso representa um custo de R\$ 9.829,20 (para 03/diária) a R\$ 13.105,60 (para 04/diária). Estudos internacionais utilizando a abordagem de *microcosting* no Paquistão por Qureshi et al.(2016), o custo médio do internamento com gestantes na UTI chega a U\$ 3.300.00 que convertido pela taxa de câmbio de R\$ 5,42 em 22/01/2021 através do site do Banco Central do Brasil (2021) apresenta um valor aproximado de R\$ 17.917,35(QURESHI et al., 2016). Na Alemanha, os custos totais de uma UTI com diversas especialidades realizada na University Medical Center Freiburg, encontrou um resultado semelhante ao valor da diária para gestantes encontrada no HAM, € 597/diária, que convertido ao Real sob taxa de câmbio em 22/01/21 no site do Banco Central do Brasil (2021) de R\$ 6,60, representa R\$ 3.945,45/diária(KAIER et al., 2020). Outra pesquisa, realizada por Sá, Rocha e Almeida (2015) em um hospital público da Paraíba, com estratégia metodológica similar ao presente estudo, encontrou valor da diária semelhante.

A análise comparativa do custo total da assistência obstétrica hospitalar e a receita demonstra a insuficiência do financiamento, ressaltando que esta pesquisa contemplou apenas os internamentos, devendo ainda serem acrescidos os custos ambulatoriais com a gestante de alto risco.

A contabilidade de custos é uma ferramenta útil para o conhecimento gerencial e na avaliação de forma sistemática em todos os setores de um serviço de saúde. Através de um sistema desenvolvido para apuração de custos os gestores possuem informações importantes e estratégicas para tomada de decisão, reduzindo gastos e buscando a eficiência na utilização de seus recursos. Autores reafirmam a melhoria do gerenciamento operacional de instituições de saúde a partir da aplicação das informações de custos na tomada de decisões (LEONCINE; BORNIA; ABBAS, 2013; VIEIRA, 2017).

Este estudo apresenta algumas limitações, a assistência prestada a gestante de alto risco restringiu ao internamento, não foi apurado os custos relacionados ao atendimento ambulatorial. Uma outra limitação está relacionada a abrangência da unidade de coleta, visto que foi levantado os custos de um hospital de referência em alto risco no Estado de Pernambuco. Uma pesquisa futura pode ampliar a cobertura da rede de referência para posterior comparações entre os serviços.

Algumas dificuldades foram encontradas na utilização do APURASUS, a produção fornecida pelo sistema não corresponde com os dados oficiais registrados nos sistemas de informação do DATASUS, como também informou um trabalho em dois hospitais de Florianópolis (JAQUES; DA; SANTOS, 2017). Outras dificuldades que poderiam ser superadas é a ausência de informações sobre o financiamento realizado pelos entes federativos gestores da assistência das atividades executadas pelos serviços de saúde. Com base nestas informações os gerentes poderiam realizar uma análise mais acurada sobre sustentabilidade financeira.

7 CONCLUSÃO

Este trabalho identificou na perspectiva do SUS, a receita e os custos da assistência obstétrica hospitalar do Hospital Agamenon Magalhães administrado pela SES/PE a partir dos princípios metodológicos de custeio por absorção. A estimativa de custos foi levantada a partir da abordagem do macrocusteio ou top-down. Para tal, todos os gastos relacionados a assistência prestada foram separados entre custos e despesas, os custos diretos e indiretos foram apropriados aos centros de custos produtivos que somado as despesas dos centros auxiliares permitiu a identificação do custo total. O resultado dividido pelo número de atividades executadas no mesmo ano propiciou no encontro do valor unitário de produção.

A metodologia de custeio absorve todos os custos de produção: fixos, variáveis, diretos e indiretos, onde os resultados são influenciados pelo volume produzido. Este é o único método que está de acordo com os princípios da contabilidade e os critérios exigidos pela legislação brasileira.

Através do APURASUS, importante ferramenta desenvolvida pelo Ministério da Saúde para auxiliar os gestores públicos na apuração de custos dos seus serviços, o Núcleo de Economia da Saúde da SES obtém informações que permitem conhecer os gastos por unidade hospitalar da sua rede, de forma padronizada, possibilitando realizar comparações entre estruturas de sua administração, disponibilizando dados estratégicos para tomada de decisão. Entretanto, nesse estudo identificamos a necessidade em realizar alguns ajustes para permitir maior agilidade, confiabilidade e amplitude das informações disponíveis na ferramenta do MS. Questionamos a apuração do custo da energia elétrica por pontos de eletricidade, como já tem alguns estudos utilizando essa ferramenta poderia ser revisado e aprimorado, conforme os referem os estudos já publicados.

Também houve a intenção de conhecer por meio deste trabalho, o perfil das gestantes assistidas a partir do atendimento realizado na triagem até o desfecho do seu internamento. Estas informações foram úteis para compreender a realidade da assistência prestada na instituição aproximando este perfil aos custos apresentados. As descobertas poderão ser oportunas na avaliação entre serviços, assim como orientar futuros estudos nesta temática.

Políticas públicas foram instituídas para ampliar o acesso e melhorar a qualidade da assistência a gestante no nosso país. Entretanto problemas estruturais e de gestão precisam ser melhoradas. Os números de leitos obstétricos para o alto risco em Pernambuco apontam para a sua suficiência, segundo parâmetros ministeriais, contudo nos deparamos com “vazios assistenciais” em algumas regiões do estado, grande parte concentra-se na região metropolitana do Recife. No estudo apontou para uma demanda espontânea maior que a referenciada, onde um terço dela está classificada como sem risco de agravo. Isso pode refletir numa demanda desordenada de mulheres que buscam por assistência não ofertada na sua localidade, ou mesmo por uma concepção cultural da população em buscar assistência em serviços de maior complexidade na expectativa de oferecer maior aporte tecnológico e profissionais capacitados, levando a superlotação das unidades de referência em Alto risco.

O financiamento do HAM está fundamentado no instrumento de contratualização que formaliza o compromisso do investimento de custeio entre o Ministério da Saúde, SES/PE e o gestor do hospital. É com base neste instrumento contratual que se estabelece o valor do recurso que será necessário para a manutenção do seu custeio conforme desempenho de metas a serem alcançadas e acompanhadas entre os gestores. Durante a análise do seu cofinanciamento constatou-se que a principal fonte de receita do hospital é procedente da SES, e que diante da assistência prestada pela instituição, o HAM funciona com um déficit de receita.

Tendo em vista que a tabela dos procedimentos do SUS não constitui como única fonte de financiamento, os valores estabelecidos encontram-se defasados, não sendo capaz de ressarcir os custos dos procedimentos, fato demonstrado, quando comparado o valor do procedimento repassado pelo SUS ao custo unitário encontrado. Ocorre que a sua base de custo contratual não condiz com sua realidade financeira, os custos que a instituição tem para manutenção da maternidade de alto risco chega a ser 153% do valor do seu cofinanciamento, mesmo a SES cobrindo as despesas gerais e de pessoal, ainda assim, há uma insuficiência na cobertura da receita recebida para cobrir os gastos do hospital.

REFERÊNCIAS

ABBAS, K.; GONÇALVES, M. N.; LEONCINE, M. Os métodos de custeio: vantagens, desvantagens e sua aplicabilidade nos diversos tipos de organizações apresentadas pela literatura. **ConTexto (Porto Alegre)**, v. 12, n. 22, p. 145–159, 2012.

ALEMÃO, M. M.; GONÇALVES, M. A.; DRUMOND, H. A. Estudo da utilização da informação de custos como ferramenta de gestão em organização pública: O estudo do SIGH–Custos. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 3, n. 1, p. 210–226, 2013.

AMORIM, M. M. R. DE et al. [Severe maternal morbidity in an obstetric ICU in Recife, Northeast of Brasil]. **Revista da Associacao Medica Brasileira (1992)**, v. 54, n. 3, p. 261–6, 2008.

ANTUNES, M. B.; ROSSI, R. M.; PELLOSO, S. M. Relationship between gestational risk and type of delivery in high risk pregnancy Relación entre riesgo gestacional y tipo de parto en el embarazo de alto riesgo. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, p. 1–9, 2020.

BANCO CENTRAL DO BRASIL. **Conversor de MoedasTaxas de Câmbio (04 abril 2017)**, 2021. Disponível em: <<https://www.oanda.com/lang/pt/currency/converter/>>. Acesso em: 25 jan, 2021.

BARBOSA, I. C. **Análise do nível de cobertura dos custos da unidade de cuidados neonatais pela tabela SUS: o caso do hospital universitário Professor Alberto Antunes-HUPAA/AL**. Recife 2014. [s.l.] Universidade Federal de Pernambuco, 2014.

BARBOSA, I. R. C. et al. Maternal and fetal outcome in women with hypertensive disorders of pregnancy: The impact of prenatal care. **Therapeutic Advances in Cardiovascular Disease**, v. 9, n. 4, p. 140–146, 2015.

BARBOSA, L. et al. Trabalho de parto prematuro: diagnóstico e manejo TT - Premature labor: diagnosis and management. **Acta méd. (Porto Alegre)**, v. 37, p. [6]-[6], 2016.

BARCELLOS, S. M. DA S. Lei de Responsabilidade Fiscal_ Controle dos Gastos Públicos. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do conhecimento**, v. 06, p. 51–65, 2020.

BLANSKI, M. B. S.; SILVA, C. L. DA; OLIVEIRA, A. G. **Sistemas de custeio na gestão hospitalar**. Curitiba: Editora UTFPR, 2015.

BORGERT, A.; CRISPIM, C. H.; ALMEIDA, É. DA S. DE. Behavior of the costs in hospitals administered by the secretary of state for health of santa catarina. **Revista Universo Contábil**, v. 7, p. 22–38, 8 nov. 2011.

BORGES, V. **Contabilidade de custo**. 1º ed. Rio de Janeiro: SESES, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas: Diretriz de avaliação econômica**. 2º ed. Brasília, 2014.

BRASIL. **Lei nº 8080**, de 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: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 21 jan. 2021.

BRASIL. **Sistema de Informação Hospitalar: Manual técnico operacional do sistema**. Brasília: Departamento de regulação, avaliação e controle., 2017a.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 14 jan. 2021.

BRASIL. Banco Central do Brasil - **Calculadora do cidadão**. [s.d.]. Disponível em: <<https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADA0/publico/corrigirPorIndice.do?method=corrigirPorIndice>>. Acesso em: 14 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. D.O. Eletrônico De 14/09/2000, p. 16–19, 2000a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm#:~:text=EMENDA%20CONSTITUCIONAL%20N%C2%BA%2029%2C%20DE,e%20servi%C3%A7os%20p%C3%BAblicos%20de%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 06 jan. 2021.

BRASIL. **Lei de Responsabilidade Fiscal: 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> Acesso em: 28 dez. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos. Manual Técnico de Custos-Conceitos e Metodologias**. Brasília, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_0243_M.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2020.

BRASIL. **Gestão de Alto Risco Manual Técnico**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 18 jan, 2020.

BRASIL. A política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no Período de 2003 - 2010. Uma análise do processo de implantação da contratualização. Brasília : Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reestruturacao_hospitais_ensino_filantronicos_2003_2010.pdf>. Acesso em: 04 out. 2020.

BRASIL. PORTARIA Nº 1020, de 29 de maio de 2013. 2013a.

BRASIL. Critérios E Parâmetros Para O Planejamento E Programação Âmbito do SUS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle., v. 1ª EDIÇÃO, 2015.

BRASIL, M. DA S. Portaria de consolidação Nº 02, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. 2017b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acesso em: 18 jan, 2020.

BRASIL, M. DA S. Portaria de consolidação Nº 03, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. 2017c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Acesso em: 18 jan, 2020.

BRASIL. Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do SUS. Ministério da saúde. Série Parâmetros SUS, v. 1, p. 2–16, 2017d.

BRASIL, M. DA S. Portaria Consolidação Nº1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. 2017e. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html>. Acesso em: 18 jan, 2020.

BRASIL, M. DA S. Manual de Acolhimento e Classificação de Risco Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia. Brasília: 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (SISMAC). Disponível em: <<https://sismac.saude.gov.br/paginas/inicio.jsf>>. Acesso em: 20 nov, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Introdução à Gestão de Custos em Saúde**. 1º ed. Brasília, 2013b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/introducao_gestao_custos_saude.pdf>. Acesso em: 14 ago, 2019.

BRITTO, A. M. DE A. et al. Perfil das mulheres atendidas pelos enfermeiros da ambulância do programa cegonha Carioca. **Enfermagem Obstétrica**, p. 1–7, 2018.

BRUCE, F. C. et al. Extent of Maternal Morbidity in a Managed Care Population in Georgia. **Paediatr Perinat Epidemiol**, v. 26, p. 497–505, 2012.

CARPINTÉRO, J. N. C. **Custos na área de saúde-considerações teóricas**. São Paulo: VI Congresso Brasileiro de Custos, 1999.

CARVALHO, P. I. DE et al. Perfil sociodemográfico e assistencial da morte materna em Recife, 2006-2017: estudo descritivo. **Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 29, n. 1, p. e2019185, 2020.

CHING, H. Y.; SOUZA, V. **Aplicação do custeio baseado em atividades na determinação de custos e preços de partos, diárias de maternidade e de berçários em uma maternidade**. São paulo: Associação Brasileira de Custos, 1999Disponível em: <<https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/3189/3189>>. Acesso em: 14 ago, 2019.

CLAUDIO, L.; UFES, L. **Crítérios de classificação de custos quanto ao comportamento aplicado em uma entidade hospitalar: uma análise das divergências entre métodos utilizados e o seu impacto no resultado**. XVII Congresso Brasileiro de custos. **Anais...**Belo Horizonte: 03 a 05 de novembro de 2010, 2010.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Cabecalho_Reduzido_Competencia.asp?VCod_Unidade=3205304044916>. Acesso em: 22 jan, 2021.

CNS. **Resolução nº 510** de 07 de Abril de 2016.**Conselho Nacional de Saúde**, 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 25 jan, 2021.

CNS, C. N. DE S. **Carta dos direitos e deveres da pessoa usuária da saúdeResolução**, 2018. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso553.pdf>>. Acesso em: 21 jan, 2021.

COSTA, A. M. et al. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde Antenatal care within Brazil's Unified Health System. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 768–74, maio 2005.

COSTA, E. P. DA S. R. et al. Faturamento Hospitalar aplicado ao serviço de parto: modelo alternativo ao fee-for-service. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 170–180, mar. 2018.

CZEZACKI, A. **Programa Nacional de Gestão de Custos ajuda a melhorar as Unidades de Saúde.** Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/52227-entenda-como-o-programa-nacional-de-gestao-de-custos-ajuda-a-melhorar-as-unidades-de-saude>>. Acesso em: 25 jan, 2021.

DA SILVA, B. G. C. et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: Tendência temporal e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 3, p. 484–493, 2016.

DA SILVA, G. K. O. et al. **Fatores que influenciam a redução de custos com enfoque no tempo de permanência do paciente em uma instituição hospitalar**, 2008. (Nota técnica).

DA SILVA, M. Z.; BORGERT, A.; SCHULTZ, C. A. **Cálculo de custos em hospitais: um estudo de caso aplicado na maternidade de um Hospital Universitário**. XIV Congresso Brasileiro de Custos. **Anais...** João Pessoa: 2007.

DE MELO, W. A. et al. Gestação de alto risco: fatores associados em município do Noroeste paranaense TT - High-risk pregnancy: associated factors in a municipality of the northwest of the state of Paraná. **Espa . saúde (Online)**, v. 17, n. 1, p. 83–92, 2016.

DE OLIVEIRA, A. C. et al. A contabilidade de custo como importante ferramenta de gestão para a empresa. **Diálogos em Contabilidade: teoria e prática**, v. 1, p. 1–16, jan. 2015.

DIAS, H. **Políticas Públicas de saúde no Brasil JusBrasil (Online)**, 2015. Disponível em: <<https://helenadmaab.jusbrasil.com.br/artigos/190097706/politicas-publicas-de-saude-no-brasil#:~:text= Art.,e recupera  o%5B2%5D .>>. Acesso em: 22 jan, 2021.

ENTRINGER, A. P. et al. Análise de custos da atenção hospitalar a recém-nascidos de risco: uma comparação entre Unidade Intermediária convencional e Unidade Canguru. **29**, p. 1205–1216, jun. 2013.

ENTRINGER, A. P.; PINTO, M. F. T.; GOMES, M. A. D. S. M. análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no sistema Único de saúde. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1527–1536, 2019.

F. MOURÃO, L. et al. Enfermería Global Internações em UTI por causas obstétricas. **Enfermería Global**, p. 318–331, 2019.

FALAVINA, L. P. et al. Hospitalização durante a gravidez segundo financiamento do parto: um estudo de base populacional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. 1–8, 2018.

FALK, J. A. **Gestão de custos para hospitais. conceitos, metodologias e aplicações**. 1º ed. São Paulo: 2001.

FEBRASGO. **Alta taxa de cesáreas no Brasil é tema de audiência pública**. Disponível em: <<https://www.febasgo.org.br/pt/noticias/item/728-alta-taxa-de-cesareas-no-brasil-e-tema-de-audiencia-publica#:~:text=Dados da Organização Mundial de,atrás apenas da República Dominicana.>>>. Acesso em: 22 jan, 2021.

FIGUEIROA, M. DAS N. et al. User embracement and risk classification at obstetric emergency: evaluating operationalization in a maternity hospital school. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. 1–7, 2017.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6º ed. São Paulo: 2008.

JAQUES, N. D.; DA, M.; SANTOS, S. **Experiência da implantação do sistema de apuração de custos em dois hospitais de referência de ensino e pesquisa da Fiocruz**. Florianópolis: [s.n.]. Disponível em: <www.tcpdf.org>. Acesso em: 14 ago, 2019.

KAIER, K. et al. Mechanical ventilation and the daily cost of ICU care. **BMC Health Services Research**, v. 20, n. 1, p. 1–5, 2020.

KLEIN, D. & A.; FERREIRA, A. P. Análise de implantação de um sistema de custo: o caso da empresa metalúrgica. **REvista Gestão Premium**, v. 5, p. 28–49, 2016.

LAGIOIA, U. C. T. et al. **Estudo Sobre Métodos de Custeio Em Instituições Hospitalares**. A Mensuração de Custos na Saúde. **Anais...**São Paulo: Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC, 2002Disponível em: <<https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/viewFile/2736/2736>>. Acesso em: 22 jan, 2021.

LEONCINE, M.; BORNIA, A. C.; ABBAS, K. Systematic for determination of hospital

costs per medical procedure hospital. **Producao**, v. 23, n. 3, p. 595–608, 2013.

LIMA, S. A. M. et al. Avaliação de custos das internações de gestantes hipertensas em Hospital Universitário do interior paulista. **Revista de Administração em Saúde**, p. 167–171, 2012.

MARTINS, E. **Livro De Custos**. 9º ed. São Paulo: 2003.

MEGLIORINI, E. **Custos: Análise e gestão**. 3º ed. São Paulo: 2012.

MOURA, B. L. A. et al. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 1, p. 1–13, 2018.

OMS. **Mortalidade materna**. Disponível em: <<http://www.cfemea.org.br/jornalfemea/detalhes.asp?IDJornalFemea=272>>. Acesso em: 24 jan, 2021.

OPAS. **OPAS_OMS Brasil - Folha informativa - Mortalidade materna** Organização Pan-Americana de Saúde, , 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820>. Acesso em: 24 jan, 2021.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Subprojeto Regional QualiSUS-Rede Região Metropolitana do Recife**, Maio de 2012. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/12757090-Ministerio-da-saude-secretaria-estadual-de-saude-de-pernambuco-subprojeto-regional-qualisus-rede-regiao-metropolitana-do-recife.html>>. Acesso em: 24 jan, 2021.

PERNAMBUCO. **Plano estadual de saúde 2016-2019**. Secretaria de Saúde, 2016. Disponível em: < https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/PE_PES-2016-2019-FINAL_23_12_2016-1.pdf>. Acesso em: 24 jan, 2021.

PERNAMBUCO. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. v. 66. Secretaria de Saúde, 2018. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_estadual_de_saude_2020-2023.pdf>. Acesso em: 24 jan, 2021.

QURESHI, R. et al. Obstetric patients in intensive care unit: Perspective from a teaching hospital in Pakistan. **JRSM Open**, v. 7, n. 11, p. 205427041666356, 2016.

RAMOS, N. et al. Fatores que contribuem para a classificação da gestação de alto risco : revisão integrativa. **Brazilian of Production Engineering**, p. 60–68, 2020.

RAUPP, F. M.; CRISPIM, C. H.; ALMEIDA, É. D. S. DE. Gestão de custos hospitalares por meio do custeio por absorção: o caso da maternidade Carmela Dutra 1. **Revista de Informação Contábil**, v. 2, n. 1, p. 120–133, 2007.

RODRIGUES, A. R. M. et al. Gravidez de alto risco determinantes de saúde. **SANARE**, p. 23–28, 2017.

RODRIGUES, T. FAGUNDES L. B. **Relação entre as Consultas das Gestantes Atendidas no Pronto Atendimento Obstétrico e as Condições Sensíveis aos Serviços de Atenção Primária à Saúde Belo Horizonte. Belo Horizonte.** [s.l.] Universidade Federal de Minas Gerais, 2015.

ROHR, L. K.; VALONGUEIRO, S.; DE ARAÚJO, T. V. B. Assistência ao parto e inadequação da rede de atenção obstétrica em Pernambuco. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 16, n. 4, p. 447–455, 1 out. 2016.

SÁ, C.; ROCHA, J.; ALMEIDA, S. Análise De Custo-Leito De Uti Hospitalar. **Simpósio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade**, p. 1–16, 2015.

SALGADO, V. **Modelos de Contratualização no SUS _ contratualizacaosus.** Disponível em: <<https://www.contratualizacaonosus.com/documentos-1>>. Acesso em: 22 jan, 2021.

SANTOS, D. T. A. DOS; CAMPOS, C. S. M.; DUARTE, M. L. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 30, p. 13–22, 25 nov. 2013.

SAÚDE, M. DA. **DATASUS - Departamento de Informática do SUS**, [s.d.]. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 25 jan, 2021.

SAÚDE, M. DA. **SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS**, [s.d.]. Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/publicados/consultar>>. Acesso em: 25 jan, 2021.

SILVA, E. N. DA; SILVA, M. T.; PEREIRA, M. G. Identificação, mensuração e valoração de custos em saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 25, n. 2, p. 437–439, 2016.

SILVA, F. N. DA et al. Gravidez na adolescência: perfil das gestantes, fatores

precursores e riscos associados. **Revista Eletronica Gestão & Saúde**, v. 3, n. 3, p. 884, 2012.

STEINMETZ, E. DE F. P. S. Custo e formação de preço e venda. p. 1–96, 2013.

UNICEF. Situação mundial da infância 2009. Saúde Materna e Neonatal. **Fundo das Nações Unidas para a Infância**, p. 1–167, 2009.

VETTORE, M. V. et al. Avaliação do manejo da infecção urinária no pré-natal em gestantes do sistema único de saúde no município do rio de janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 2, p. 338–3351, 2013.

VIEIRA, F. S. **Produção de Informação de Custos para a Tomada de Decisão no Sistema Único de Saúde: Uma Questão para a Política Pública**. Rio de Janeiro: 2017.

WANDERER, J. et al. Epidemiologia das admissões em unidades de terapia intensiva relacionadas à obstetrícia em Maryland: 1999–2008. **Critical care medicine**, v. 41, n. 8, p. 1844–1852, 2013.

XAVIER, I. A. DE L. N. **Análise de Custos da Clínica de Fonoaudiologia Professor Fábio Lessa – um estudo de caso**. [s.l.] UFPE, 2016.

YIN, R. K. **Estudo de Caso - Planemaneto e Métodos**. 5º ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. v. 2

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A. M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 9, n. 1–2, p. 127–150, 12 jun. 2008.

ANEXO A - Descrição de termos e variáveis

Os principais termos da contabilidade de custos utilizados neste trabalho encontram-se relacionados nos quadros seguintes, desta forma será melhor a compreensão e clareza dos procedimentos adotados diante da metodologia aplicada.

Quadro 1 - Descrição de terminologia empregada.

Nomes	Descrição	Definição
Centro de custos	Departamento	É a unidade mínima administrativa, caracterizada
Centro de custo Produtivo	Centro Obstétrico; Internação; UTI; CGBP*	São aqueles que atendem diretamente ao paciente, são produtores de serviços finais
Centro de custo Intermediário	Nutrição; Banco de Leite; Lavanderia,	Produzem bens ou serviços que dão sustentação à assistência ao paciente.
Centro de custo Administrativo	Apoio Administrativo; Direção Administrativa	Relacionados às atividades administrativas. Os custos são rateados aos demais centros de custos, por produtos/serviços prestados.
Custo Direto	Salário dos profissionais	São identificados diretamente nos centros de custos e incluídos no cálculo dos custos. Sua identificação é possível sem a utilização de critério de atribuição (rateio).
Custo Indireto	Energia Elétrica	São os custos que, por dificuldade de apropriação direta, não se identificam no centro de custos. Necessitam de algum critério de alocação (rateio) para serem atribuídos ao centro de custos.
Rateio	Pessoal por centro de custo; (%) Produção; Número de ramais	Distribuição proporcional de custos indiretos da produção de bens e serviços
Receita	Tabela de procedimentos do SUS	Entrada de valores para o ativo, sob a forma de dinheiro ou direitos a receber
Unidade de produção	Atendimentos, internamentos	Identificação dos produtos ou serviços prestados pelos centros de custos produtivos

Fonte: Brasil (BRASIL, 2013b).

Nota: *CGBP – Casa da Gestante, Bebê e Puérpera

A identificação dos itens de custos possibilita compreender a composição dos custos da unidade. Eles se agrupam conforme as suas características: pessoal, serviços de terceiros, materiais de consumo e depreciação. Desta forma, os custos

podem ser classificados como diretos ou indiretos, conforme descritos nos quadros a seguir.

Quadro 2 - Classificação e composição do item de custo.

Grupo	Descrição
Pessoal	Refere-se à folha de pagamento, com encargos, benefícios, remuneração, provisão de férias e 13.º salário.
Serviço de terceiros (ou despesas gerais)	Contração de serviços específicos não desenvolvidos pelos funcionários da instituição, em um período determinado. Ex.: vigilância e segurança, serviço de limpeza, serviço de fornecimento de alimentação etc.
Material de consumo	Refere-se a material em geral, podendo ser subdividido em material hospitalar e despesas gerais, que inclui material de escritório, material de laboratório, entre outros.
Depreciação	De bens móveis e imóveis. Na administração pública, esta classificação ainda é fragilmente compreendida e tratada

Fonte: Brasil, (BRASIL, 2013b) – adaptado pela autora.

Relatórios gerenciais disponibilizados pelo APURASUS/MS contendo dados da composição dos custos em cada centro de custo produtivo, separados em custos diretos e indiretos.

Quadro 3 – Classificação por item de custo em custo direto ou indireto.

CENTRO DE CUSTO PRODUTIVO	
Pessoal	Classificação
Custo Total c/RH (Provisões+Encargos+Benefícios+Remuneração)	Direto
Residentes (Médico + Enfermeiro)	Direto
Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física (plantão extra)	Direto
Material de Consumo	Classificação
Combustíveis e Lubrificantes Automotivos	Direto
Gases Medicinais	Indireto
Gêneros de Alimentação	Indireto
Material de Cama, Mesa e Banho	Direto
Material de Copa e Cozinha	Indireto
Material de Expediente	Indireto
Material de Limpeza	Indireto
Material de Processamento de Dados	Indireto
Material Laboratorial	Direto
Material Médico-Hospitalar	Direto

Material para Manutenção de Bens Imóveis	Direto
Material para Manutenção de Veículos	Direto
Medicamentos	Direto
Outros Materiais de Consumo	Direto
Serviços de Terceiros	Classificação
Aluguel de Veículos	Direto
Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	Indireto
Serviço de Coleta de Resíduos Comuns	Indireto
Serviço de Coleta de Resíduos de Serviços de Saúde	Indireto
Serviço de Lavanderia	Direto
Serviço de Manutenção e Conservação de Máquinas e Equipamentos	Indireto
Serviço de Maqueiro/Padioleiro	Direto
Serviço de Recepção	Direto
Serviços de Apoio Administrativo, Técnico e Operacional	Direto
Serviços de Fornecimento de Alimentação - Pessoa Jurídica	Direto
Serviços de Limpeza e Conservação	Indireto
Serviços de Tecnologia da Informação	Indireto
Serviços de Vigilância e/ou Segurança	Indireto
Serviço de Anestesista	Direto
Gasometria	Direto
Imagem (TM, RNM)	Direto
Despesas Gerais	Classificação
Serviço de Água e Esgoto	Indireto
Serviços de Energia Elétrica	Indireto
Serviços de Telecomunicações - (Telefonia Fixa - Ramais)	Indireto
Depreciação	Classificação
Depreciação de Equipamentos	Indireto

Fonte: APURASUS - Elaborado pela Autora

No quadro a seguir encontram-se descritos os fatores determinados para o rateio na apropriação do custo indireto, segundo os critérios de alocação dos custos indiretos.

Quadro 4- Critério de rateio dos itens de custos indireto.

Item de Custo	Critério de Rateio
Gases medicinais	Ponto/Fluxômetro por Centros de Custos (CC)*
Gêneros de Alimentação	Recursos Humanos por CC
Material de Copa e Cozinha	Recursos Humanos por CC
Material de Expediente	Recursos Humanos por CC
Material de Limpeza	Área em m ² por CC
Material de Processamento de Dados	Equipamento de informática por CC
Serviço de Água e Esgoto	m ² ponderado por CC (Criticidade)
Serviço de Coleta de Resíduos Comuns	m ² de resíduos por CC

Serviço de Coleta de Resíduos de Serviços de Saúde	m ² ponderado de resíduos por CC (Criticidade)
Serviços de Energia Elétrica	Nº de pontos de luz por CC
Serviços de Limpeza e Conservação	Área em m ² por CC
Serviços de Telecomunicações (Telefonia Fixa - Ramais)	Número de ramais por CC
Serviços de Vigilância e/ou Segurança	Área vigiada por m ² por CC
Serviço de Manutenção e Conservação de Máquinas e Equipamentos	Nº de máquinas e equipamentos por CC
Serviços de Tecnologia da Informação	Nº de equipamentos de informática por CC
Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica [#]	m ² por CC

Fonte: APURASUS/MS.

Nota: *CC – centro de custos

[#] Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica, o quadro a seguir identifica a sua composição e local onde o serviço é prestado.

Quadro 5 - Descrição dos serviços realizados como pessoa jurídica no HAM em 2018.

Item	Descrição	Área atribuída no HAM
1	Esterilização	CME*
2	Locação de equipamentos de informática	Departamento de Informática
3	Serviço de alimentação e preparação de dieta hospitalar	Departamento de Nutrição
4	Locação de equipamentos de comunicação	Diretoria
5	Manutenção de equipamento laboratorial	Laboratório de Análises Clínicas
6	Serviço de Exame laboratorial	
7	Kit reagentes para laboratório	
8	Análise de água	Todos os centros de custos do Hospital
9	Serviço de remoção e locação de container	
10	Serviço de tratamento de água	
11	Serviço de controle de pragas	
12	Aluguel de ar-condicionado	

Fonte: Setor de Custos/HAM – 2018.

Nota: * Central de Material para Esterilização

Os centros de custos administrativos e auxiliares produziram serviços que serviram de suporte a assistência do paciente. No quadro a seguir estão descritos os centros de custos que complementam as atividades dos centros de custos finais.

Quadro 6 - Descrição dos centros administrativos e intermediários – APURASUS /HAM.

Centro Administrativo	Centro Intermediário
Almoxarifado	Agência Transfusional
Condomínio	Central de Materiais Esterilizados
Diretoria Geral	Centro de Imagem ou Imagenologia
Farmácia Hospitalar	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
Informática	Comissão de Ética Médica
Manutenção	Hemodinâmica
Necrotério	Hemodiálise
Núcleo de Educação Permanente	Laboratório de Anatomia Patológica
Ouvidoria	Laboratório de Análises Clínicas
Transporte	Rouparia e Costura
	Sala de Vacinação
	Serviço Social
	Serviço de Nutrição Enteral
	Serviço de Nutrição e Dietética
	Serviço de Vigilância Epidemiológica

Fonte: APURASUS/MS.

ANEXO B - Carta de anuência do Centro de Estudos/HAM



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES
Estrada do Arraial, nº 2723 - Casa Amarela - Recife - PE CEP.: 52

Divisão do Centro de Estudos

Carta de Anuência

Por meio desta o Hospital Agamenon Magalhães autoriza a realização da pesquisa intitulada: "CUSTOS DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA HOSPITALAR À GESTANTE DE ALTO RISCO," que tem como objetivo: Analisar os custos financeiros dos internamentos ocorridos nas maternidades de risco habitual e alto risco no âmbito do SUS. Os dados serão coletados no Serviço de Informática do Hospital Agamenon Magalhães através da Planilha de Registro da Classificação de Risco na Triagem Obstétrica, onde serão avaliados o perfil das pacientes internadas e os custos do internamento no ano de 2018, por Kassia Cristina Cavalcanti Arcoverde aluna regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação em Gestão em Economia da Saúde (MESTRADO) do Departamento de Centro de Ciências Sociais da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), tendo como orientador Prof. Dr. Rafael Coutinho e Co-orientadora Profa.Dra. Suely Arruda Vidal.

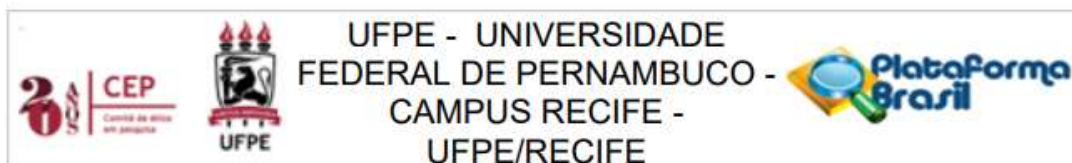
Esta autorização poderá ser suspensa a qualquer momento se forem identificadas irregularidades no processo de coleta de dados ou caso a instituição deseje. Garantimos ainda que será mantida a privacidade dos participantes do estudo, bem como da Instituição, sendo os dados utilizados exclusivamente para fins acadêmicos.

Recife, 23 de outubro de 2019


Maria Aparecida Torres de Lacerda
Gerente do Centro de Estudos
Hospital Agamenon Magalhães.

Maria Aparecida T. Lacerda
Gerente do Centro de Estudos
MSE: 191378

ANEXO C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUSTOS DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA HOSPITALAR À GESTANTE DE ALTO RISCO

Pesquisador: KASSIA CRISTINA CAVALCANTI ARCOVERDE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24402619.8.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.745.365

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1333639.pdf	29/10/2019 10:25:16		Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoKassia.pdf	29/10/2019 10:22:13	KASSIA CRISTINA CAVALCANTI ARCOVERDE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISA.doc	26/10/2019 15:26:13	KASSIA CRISTINA CAVALCANTI ARCOVERDE	Aceito
Outros	Termodeconfidencialidade.pdf	24/10/2019 21:02:21	KASSIA CRISTINA CAVALCANTI ARCOVERDE	Aceito
Outros	CartadeAnuencia.pdf	24/10/2019 20:59:46	KASSIA CRISTINA CAVALCANTI ARCOVERDE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	justificativaTCLE.pdf	24/10/2019 20:58:26	KASSIA CRISTINA CAVALCANTI ARCOVERDE	Aceito
Outros	CurriculoLattesSuelyArrudaVidal.pdf	24/10/2019 20:42:26	KASSIA CRISTINA CAVALCANTI ARCOVERDE	Aceito
Outros	CurriculoLattesRafaelCoutinhoCostaLima.pdf	24/10/2019 20:40:54	KASSIA CRISTINA CAVALCANTI ARCOVERDE	Aceito
Outros	CurriculoLattesKassiaCristinaCavalcantiArcoverde.pdf	24/10/2019 20:28:08	KASSIA CRISTINA CAVALCANTI ARCOVERDE	Aceito
Outros	Printhistoricoescolar.docx	24/10/2019 20:08:02	KASSIA CRISTINA CAVALCANTI ARCOVERDE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado