

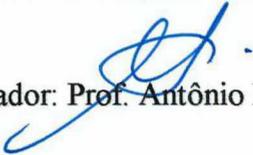
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO SÓCIO ECONÔMICO**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS**

***AVALIAÇÃO DO CUSTO NO TRATAMENTO DE  
PORTADORES DE HIV/AIDS - ESTUDO DE CASO***

Monografia submetida ao Departamento de Ciências Econômicas para obtenção de carga horária na disciplina CNM 5420 - Monografia.

Por: Arlete Arlinda Jochen

  
Orientador: Prof. Edmes Tadeu Zapelini

  
Co-Orientador: Prof. Antônio F. B. Miranda

Área de Pesquisa: Economia da Saúde

Palavras-Chave: 1. Custo

2. Saúde

3. HIV/AIDS

Florianópolis, março de 1999

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS

A Banca Examinadora resolveu atribuir a nota 9,0 (nove) à aluna Arlete Arlinda Jochen na disciplina CNM 5420 - Monografia, pela apresentação deste trabalho.

Banca Examinadora:



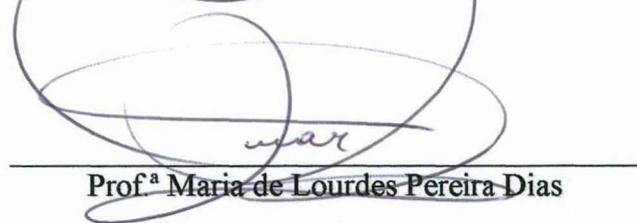
Prof. Ermes Tadeu Zapelini,  
Presidente



Prof. Antônio F. Barreto Miranda  
Membro



Prof. João Randolfo Pontes  
Membro



Prof.ª Maria de Lourdes Pereira Dias  
Membro

Dedico este trabalho à minha mãe  
Arlinda Longen, por não permitir a  
suas filhas usufruir da ignorância à  
qual lhe foi imposta por ser mulher.

## ***AGRADECIMENTOS***

Quando penso em todas as pessoas às quais gostaria de expressar minha gratidão pela ajuda, sugestões e incentivo, a lista não pára de crescer.

Primeiro, gostaria de agradecer à minha família e ao Celso, por não deixarem que as dificuldades do dia a dia me vencessem.

Os Professores Zapelini e Antônio Miranda, cujas personalidades, método e amizade mais me afetaram.

Esta pesquisa nunca teria sido feita sem a colaboração das minhas amigas Betina H. S. Meirelles, Clarice V. K. Busz, Mariângela Dalla Costa e Mônica F. Gruner que me incentivaram em todos os estágios.

Adir J. Garcia, Denise M<sup>a</sup> dos Santos, Ivânia Cardoso e Sandra Moreira que gentilmente me atenderam no fornecimento dos dados complementares.

Meus agradecimentos também aos amigos que em algum momento participaram desta jornada: Adriana A. Dambrós, Anita T. Zago, Cid Gomes, Francisca I. Leal, Hélio Livino da Silva, João M<sup>a</sup> de Freitas, Luiz Carlos Coral, Sérgio L. de Aguiar e Valter Z. Moura - nunca poderiam ser esquecidos.

## **SUMÁRIO**

<b>LISTA DE FIGURAS</b>	<b>vii</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b>	<b>viii</b>
<b>LISTA DE ANEXOS</b>	<b>ix</b>
<b>RESUMO</b>	<b>x</b>
 <i>Capítulo 1</i>	
<b>PROBLEMATIZAÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Introdução</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Problematização</b>	<b>2</b>
<b>1.3 Objetivos</b>	<b>5</b>
1.3.1 Geral	5
1.3.2 Específicos	5
<b>1.4 Metodologia</b>	<b>6</b>
 <i>Capítulo 2</i>	
<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Economia da Saúde</b>	<b>10</b>
<b>2.2 Algumas Definições de Custos</b>	<b>12</b>
2.2.1 Custo fixo	12
2.2.2 Custo variável	12
2.2.3 Custo total	13
2.2.4 Custo fixo médio	14
2.2.5 Custo variável médio	14
2.2.6 Custo total médio	14
<b>2.3 Algumas Definições de Receita</b>	<b>15</b>
2.3.1 Receita total	15
2.3.2 Receita média	16
2.3.2 Receita marginal	16
<b>2.4 Relação Entre Custo e Receita - Ponto de Equilíbrio</b>	<b>16</b>
<b>2.5 Contextualização do Referencial Teórico</b>	<b>18</b>

**Capítulo 3**

<b>COMPOSIÇÃO DO CUSTO E RECEITA DO HOSPITAL NEREU RAMOS</b>	<b>19</b>
<b>3.1 Custo</b>	<b>20</b>
3.1.1 Nomenclatura utilizada:	21
3.1.2 Cálculo das variáveis de produção:	21
<b>3.2 Receita</b>	<b>27</b>
3.2.1 Cálculo da receita faturada:	27

**Capítulo 4**

<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>30</b>
<b>4.1 Serviço de Internação</b>	<b>30</b>
<b>4.2 Hospital Dia</b>	<b>33</b>
<b>4.3 Assistência Domiciliar Terapêutica</b>	<b>34</b>

**Capítulo 5**

<b>CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</b>	<b>37</b>
<b>5.1 Conclusões</b>	<b>37</b>
<b>5.2 Recomendações</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>40</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>42</b>

## **LISTA DE FIGURAS**

<i>Figura 1 - Formato das Curvas de Custo Total, Custo Variável e Custo Fixo</i>	13
<i>Figura 2 - Formato das Curvas de Custo Médio, Custo Fixo Médio, Custo Variável Médio e Custo Marginal</i>	15
<i>Figura 3 - O Lucro ou Prejuízo no Curto Prazo</i>	17
<i>Figura 4 - Relação entre CTMe e RTMe de Internação por Afecção Respiratória</i>	32
<i>Figura 5 - Relação entre CTMe e RTMe de Internação sem Afecção Respiratória</i>	32
<i>Figura 6 - Relação entre CTMe e RTMe do Hospital-Dia</i>	34
<i>Figura 7 - Relação entre CTMe e RTMe da Assistência Domiciliar Terapêutica</i>	36

## **LISTA DE TABELAS**

<i>Tabela 1 - Distribuição de Casos Novos de AIDS por Ano de Diagnóstico em Santa Catarina (1984 a 17/08/98)</i>	4
<i>Tabela 2 - Dados de Produção (dezembro/96 a novembro/97) do Hospital Nereu Ramos</i>	21
<i>Tabela 3 - Custo Médio Diário de Internação por AIDS</i>	30
<i>Tabela 4 - Custo Médio Diário de Internação por AIDS</i>	30
<i>Tabela 5 - Receita Média Diária de Internação por AIDS</i>	31
<i>Tabela 6 - Custo Médio do Atendimento por AIDS - Hospital-Dia</i>	33
<i>Tabela 7 - Receita Média por Atendimento - Hospital-Dia</i>	33
<i>Tabela 8 - Custo Médio do Atendimento por AIDS - Assistência Domiciliar Terapêutica</i>	35
<i>Tabela 9 - Receita Média por Atendimento - Assistência Domiciliar Terapêutica</i>	35

## ***LISTA DE ANEXOS***

*Anexo 1 - Lista de Serviços Hospitalares.....43*

## ***RESUMO***

Esta monografia procura responder uma preocupação da maior importância no setor saúde pública. A alocação de recursos financeiros pelas diversas fontes orçamentárias, na maioria das vezes despreza o cálculo puramente econômico, mascarando o verdadeiro dispêndio das múltiplas doenças tratadas.

Sob a forma de estudo de caso, aborda o custo que incide o tratamento de portadores de HIV/AIDS em três modalidades de atendimento: serviço de internação, hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica, num hospital da rede pública de saúde do Estado de Santa Catarina.

Para a determinação dos custos e análise dos resultados, utilizou-se métodos microeconômicos.

Dos resultados alcançados, merece destaque a relação entre custo e receita do serviço de internação. Este resultado possibilitará atribuir maior importância às outras formas de atendimento (hospital-dia, assistência domiciliar terapêutica e ambulatorial) como alternativas de redução dos custos, mantendo-se a assistência ao portador do HIV/AIDS.

# *Capítulo 1*

## **PROBLEMATIZAÇÃO**

### **1.1 Introdução**

Esta pesquisa teve seu perfil delineado em janeiro de 1998, quando o Hospital Nereu Ramos - HNR participou de negociações para a renovação do contrato de prestação de serviços com um importante convênio/seguro de saúde, responsável por mais de 50% dos ressarcimentos de internações que não utilizavam o Sistema Único de Saúde.

Embora o acordo final não tenha sido o ideal, os esforços em formar um preço de venda dos serviços, a partir dos custos, forneceu elementos e possibilidades importantes na tomada de decisão de políticas assistenciais.

Como no setor saúde de modo geral, o Hospital Nereu Ramos tem atribuído considerável importância ao fator custo, seja para o conhecimento da estrutura de despesas, seja para a redução do déficit ou determinação das diretrizes assistenciais.

A introdução dos portadores de HIV/AIDS no ambiente hospitalar alterou sensivelmente a rotina dos serviços de saúde, desde a intensificação do uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI, (luvas, máscaras, aventais e óculos de proteção, dentre outros), pelos profissionais que prestam atendimento, até a utilização rigorosa de rotinas e normas de biossegurança, o que causou um sensível aumento na utilização de materiais descartáveis numa dimensão superior a 100% por procedimento realizado, à necessidade de romper paradigmas e superar preconceitos já que o perfil do portador de HIV aponta para indivíduos socialmente excluídos, com comportamento fora dos padrões habituais (homossexuais, usuários de drogas e heterossexuais).

Até meados de 1997 o sistema gerencial do Hospital Nereu Ramos não dispunha de mecanismos eficientes para medir o custo dos serviços que oferecia à população catarinense.

Com a progressiva limitação dos recursos a aplicação de um novo modelo surgiu como alternativa, este modelo, preconizando a autogestão, onde cada hospital pertencente à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina passaria a ser administrado através de cotas orçamentárias, virtuais mas relativamente rígidas, e de uma completa reformulação no cadastro de materiais, com informatização dos estoques e atualização permanente do preço - o que foi facilitado pela estabilidade econômica que imperou no país até 1998 - possibilitou estimar os custos hospitalares que incidem no tratamento do portador de HIV/AIDS.

## 1.2 Problematização

Ao longo dos séculos a humanidade tem enfrentado sucessivas epidemias, capazes de exterminar grande parte da população. Foi assim com a peste negra - epidemia também chamada de peste bubônica e que matou 1/3 da população da Europa no Séc. XIV, com a hanseníase, com o cólera, com a gripe espanhola e mais recentemente com a AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome<sup>1</sup>, ou em português: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA, doença contagiosa, incurável e mortal, que tem mobilizado múltiplas ciências na tentativa de combate e controle do vírus HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana<sup>2</sup>, que é transmitido através de relações sexuais, da inoculação de sangue e derivados e da mãe infectada para o filho.

A AIDS foi identificada entre a comunidade homossexual norte-americana no final da década de 70 e início de 80. Acreditava-se que tratava-se de uma doença típica de *gays* mas, já nos primeiros anos, atingia todas as faixas comportamentais (independia de sexo, cor, religião, nacionalidade ou cultura) apresentando intensa expansão nos países mais pobres.

No Brasil, esta doença teve seu primeiro registro em setembro de 1982 - diagnosticado na cidade de São Paulo. Sua grande repercussão em 1983 deu-se com a morte de um famoso costureiro, entretanto, pesquisas por *causa mortis* em atestados de

---

<sup>1</sup> "foi descrita em 1981, nos Estados Unidos, quando foram notificados aos **Centers for Disease Control and Prevention** (CDC) os primeiros casos de pneumonia por **Pneumocystis Carinii** e de Sarcoma de Kaposi em homossexuais masculinos previamente saudáveis", (Rachid & Schechter, 1998, p.3).

<sup>2</sup> "Em 1983, foi identificado o agente etiológico, o vírus denominado HIV ou Vírus da Imodeficiência Humana, (...). Após a infecção pelo HIV, ocorre uma diminuição progressiva do número e da atividade dos linfócitos CD4<sup>+</sup>, com comprometimento principalmente da imunidade celular, sendo a AIDS uma manifestação tardia e avançada deste processo.", (ibidem, p.3).

óbitos demonstrou que a infecção pelo vírus HIV só foi diagnosticada no país dois anos após fazer sua primeira vítima (1980), que em pouco menos de duas décadas tornou-se um dos líderes mundiais de números de casos, (Parker et alli, 1994).

A difusão da forma de identificação da doença - testes anti-HIV - feita a partir de 1985 e o avanço nas pesquisas, possibilitou aos profissionais de saúde detectarem novos casos, mudando significativamente o perfil sócio-econômico dos portadores do HIV/AIDS, que inicialmente atingiu indivíduos de classe alta - os primeiros casos foram detectados em pessoas que viajavam ao exterior e que por disporem de recursos tinham acesso aos mais modernos centros de diagnóstico, disponibilizados apenas pela iniciativa privada - para gradativamente penetrar em todas as camadas sociais da população, o que não caracteriza necessariamente mudanças no comportamento da epidemia, mas, poderia evidenciar a precariedade do sistema público de saúde, incapaz, nos primeiros anos, de diagnosticar a doença na população de baixa renda. Possibilitou, ainda, o acesso desta população ao tratamento, embora seja uma doença clinicamente incurável.

As tendências para a epidemia, no Brasil, são, sob o ponto de vista sócio-econômico, a pauperização; sob o ponto de vista antropológico, a familiarização e, sob o ponto de vista demográfico, a interiorização, ou seja, a expansão da epidemia em cidades fronteiriças, a exemplo das cidades portuárias, (Cohn, 1997; Parker, 1997 e Brito, 1998).

Em 1988, com o objetivo de coordenar em nível nacional as ações de controle da AIDS e prevenir a transmissão do HIV, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de DST<sup>3</sup>/AIDS.

*“O Programa Nacional tem por objetivo reorganizar e reordenar os serviços de saúde existentes, introduzindo novas formas de atenção a portadores de DST/AIDS, buscando a racionalização dos recursos para maior eficiência da assistência oferecida. Os serviços incluem serviços clínicos para pessoas com HIV/AIDS, com a distribuição de medicamentos para tratamento da AIDS e infecções oportunistas.*

*Os serviços clínicos para pessoas com HIV/AIDS tem por objetivo estabelecer um sistema integrado para prover cuidados de saúde e apoio às pessoas com HIV/AIDS a partir do momento do diagnóstico. Estes serviços compreendem: serviço de assistência especializada, hospital-dia, assistência domiciliar terapêutica e hospital. As atividades destes serviços incluem a assistência farmacêutica e o fornecimento de medicações”, (Lima, 1998, p.8-9).*

Em Santa Catarina, a primeira manifestação da AIDS deu-se com a identificação do primeiro caso no município de Chapecó em 1984. A primeira internação no Hospital

---

<sup>3</sup> DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis. A presença de doenças sexualmente transmissíveis aumenta o risco de transmissão do vírus HIV nas relações heterossexuais como nas homossexuais. (Rachid & Schechter, 1998).

Nereu Ramos<sup>4</sup> (HNR), foi registrada em 1985, sendo que em dezembro de 1998 já oferecia 50 leitos para internação, mantidos com recursos públicos, além de serviços especializados de ambulatório, hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica. Com uma média geral de 510 atendimentos/mês, entre consultas médicas e de enfermagem, procedimentos odontológicos, hospital-dia e atendimento domiciliar terapêutico, o que demonstra o aumento progressivo de números de casos neste período.

**Tabela 1 - Distribuição de Casos Novos de AIDS por Ano de Diagnóstico em Santa Catarina (1984 a 17/08/98)**

ANO	NÚMERO DE CASOS
1984	1
1985	1
1986	9
1987	19
1988	52
1989	99
1990	225
1991	332
1992	414
1993	570
1994	699
1995	912
1996	980
1997	825
1998	211
<b>Total Acumulado</b>	<b>5.348</b>

Fonte: Santa Catarina, (1998, p. 3) - Elaborada pela Autora

Os mais recentes dados publicados pela Secretaria de Estado da Saúde (SES) de Santa Catarina (Santa Catarina, 1998), apontam uma perspectiva pouco animadora para o Estado, com 5.348 casos notificados, embora represente apenas 3,81% do total de casos notificados no Brasil (140.362 casos), possui os maiores índices incidentais<sup>5</sup> da doença. Entre os municípios Brasileiros com maior coeficiente de incidência acumulada de casos

<sup>4</sup> Reconhecido através da Portaria n.º 1076/SES, de 01/12/97 como Centro de Referência para Tratamento de Pessoas Portadoras do HIV/AIDS no Estado de Santa Catarina. (Santa Catarina, 1997).

<sup>5</sup> “Os denominadores utilizados para calcular os coeficientes de incidência de AIDS são as estimativas das populações dos municípios, unidades federadas e do Brasil, adotados pela Fundação e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE). Para o cálculo de incidência dos anos de 1980 a 1990, utilizou-se como base o censo de 1980, enquanto que para os casos de 1991 a 1996, usou-se o censo de 1991. Para o cálculo de Incidência Acumulada, recorreu-se à população do ano equivalente ao meio do período relativo à série histórica apresentada”, (Brasil, 1998).

de AIDS, Santa Catarina figura nas três primeiras posições no *ranking*: Itajaí (1º colocado com 757,7 casos/100mil hab.), Balneário Camboriú (2º colocado com 658,6 casos/100mil hab.) e Florianópolis (3º colocado com 598,5 casos/100mil hab.), atingindo principalmente a população economicamente ativa - indivíduos em idade adulta nas faixas etárias de: 25-34 anos (46,43%) e 35-44 anos (23,6%).

Considerando a magnitude da doença e as conseqüências que desencadeia sua manifestação, pode-se ter uma noção do impacto econômico causado no sistema produtivo e o custo que acarretará seu tratamento, principalmente com a constante necessidade de consultas médicas, métodos de controle da doença e internações hospitalares, que hoje tem no sistema público o principal ofertante: o HNR. O Hospital faz parte da rede de saúde do governo de Santa Catarina, administrado pela Secretaria de Estado da Saúde e oferta 36 leitos para o tratamento de portadores de AIDS procedentes de todas as cidades do Estado.

Considerando ainda, que até o presente muito tem-se discutido sobre os aspectos clínicos da AIDS, e a evidente escassez de recursos públicos torna-se necessário alocar esses recursos, buscando obter a redução da mortalidade e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com HIV/AIDS em Santa Catarina.

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Geral**

- Determinar os custos que incidem no tratamento de portadores de HIV/AIDS atendidos nos serviços oferecidos pelo Hospital Nereu Ramos, em Florianópolis - SC.

### **1.3.2 Específicos**

- Quantificar o custo médio da internação de paciente com AIDS em três modalidades de atendimento da doença: serviço de internação, hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica, relacionando-o com a respectiva receita média.
- Fornecer elementos para a tomada de decisão, por parte da administração do Hospital Nereu Ramos e governo do Estado, referente ao tratamento dos portadores de HIV/AIDS.

## 1.4 Metodologia

Utilizou-se o método descritivo analítico para a discussão dos resultados.

*“O método analítico não pode ser visto como tendo um fim em si mesmo, já que qualquer investigação detalhada, particularizada, é movida pelo desejo de chegar-se a conclusões a respeito dos fenômenos estudados – o que nada mais significaria que uma síntese das observações, ou seja, a complementação de um estudo analítico com a utilização de critérios de síntese.*

*A análise tende, pois, a gerar sínteses, ou conclusões, nos patamares impostos pelo próprio pesquisador, envolvendo um núcleo mais ou menos abrangente de estudos particulares”, (Munhoz, 1989, p.21)*

Tendo em vista as características diferenciadas na abordagem dos custos públicos, parte dos custos sociais e também as dificuldades operacionais no levantamento estatístico e na imputação específica às várias doenças e pacientes, foram adotados os seguintes critérios:

Como serviço de internação será compreendido a unidade de internação Ala V, com 36 leitos dispostos em quartos coletivos ou individuais, exclusivos para portadores de HIV/AIDS. Onde são atendidos doentes que apresentam manifestações de patologias associadas à AIDS como: afecções respiratórias, meningites, afecções gastro intestinais, afecções disseminadas, entre outras.

O atendimento, que é realizado por profissionais das mais diversas categorias funcionais e que fazem parte do quadro de pessoal do HNR, consiste em disponibilizar ao paciente, dentro de suas necessidades clínicas, tratamento especializado. Para tanto, o indivíduo permanece em regime interno por um período indeterminado.

Realizou-se o cálculo do custo dos serviços prestados pelo HNR, aos portadores de AIDS internados, através de dados coletados nos respectivos centros de custos, no período de dezembro de 1996 à novembro de 1997, que contemplaram as seguintes variáveis significativas:

- *Diária:* procedeu-se o levantamento dos custos totais dos centros de custo dos serviços de nutrição, lavanderia, limpeza, água, energia elétrica e telefone; com os respectivos custos de pessoal no período.
- *Material:* para o cálculo do custo de material utilizou-se o custo total de material de enfermagem do centro de custo da unidade de internação para doentes com AIDS em relação ao número de leitos multiplicados por 30 (dias).
- *Medicação:* utilizou-se o custo dos medicamentos do centro de custo da unidade de

internação para doentes com AIDS em relação ao número de leitos vezes 30 (dias).

- *Taxa de Gasoterapia*: utilizou-se o custo de cada hora de oxigênio:  $O_2 = R\$ 4,37$  vezes o número de horas de terapia.
- *Serviços de Enfermagem*: utilizou-se o custo dos salários dos profissionais (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) em relação ao número de leitos da unidade vezes 30 (dias).
- *Outras Taxas*: utilizou-se o custo com combustíveis e manutenção do veículo ambulância juntamente com os custos salariais dos motoristas em relação ao número total de leitos do HNR vezes 30 (dias).
- *Exames Complementares* (exceto raios-x): utilizou-se um cálculo já trabalhado (dado) por profissionais do HNR, que quantificou individualmente o preço de cada exame realizado, aplicado a cada leito da Ala V. 7 dias = R\$ 353,00; 1 dia = R\$ 50,43.
- *Raios-X*: Utilizou-se o custo com materiais e a folha de pagamento dos operadores em relação ao número de atendimentos total do HNR no período.
- *Registro e Expedição*: utilizou-se o somatório dos custos com materiais e pessoal desses setores, em relação ao número de atendimentos realizados pelo HNR, dando peso 2 para as internações - e 1 para as consultas ambulatoriais.

Para a determinação da receita média de pacientes internados utilizou-se a relação entre receita total - discriminada por origem de pagamento - e número de dias.

Por hospital-dia será entendido, neste estudo, o atendimento médico-hospitalar, realizado em 14 leitos, por período contínuo inferior a 24h. prestado ao portador da AIDS no HNR, pela equipe multidisciplinar composta por: médico, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, assistente social, odontólogo e nutricionista, além de outros profissionais e serviços de apoio que atuam no hospital.

Esta modalidade de atendimento tem por objetivo reduzir a necessidade do prolongamento da internação hospitalar e dar continuidade ao tratamento após à alta; reduzir o tempo médio de permanência em serviços de saúde; facilitar a manutenção dos esquemas diagnósticos terapêuticos; ampliar e agilizar procedimentos ao nível ambulatorial; incentivar a continuidade do tratamento através de um ambiente agradável e confortável, entre outros, (Hospital Nereu Ramos, 1997).

Trata-se de uma internação hospitalar onde o doente permanece por algumas horas, com a emissão de AIH (Autorização para Internação Hospitalar) pelo SUS (Sistema

Único de Saúde<sup>6</sup>) que tem validade de 30 dias, renováveis, onde são computados os atendimentos que o paciente recebe por períodos intermitentes.

O levantamento dos custos foi feito através da relação entre o montante gasto no centro de custos e o número de atendimentos realizados no período de agosto a novembro de 1998, o que resultou no custo médio de materiais, serviços e outras taxas.

Para a diária considerou-se o custo geral do hospital, em razão dos 14 leitos do hospital-dia serem considerados leitos e estarem inseridos no total do HNR.

Para efeito de cálculo, os gastos com pessoal, exceto de enfermagem, já foram computados por outros serviços que também compõem o custo. Os medicamentos utilizados no hospital-dia são distribuídos pelo governo federal, não incidindo em custos para o HNR.

Para o cálculo da receita média por atendimento utilizou-se a receita total em relação ao total de atendimentos realizados no período.

O período de análise foi de agosto à novembro de 1998, o mesmo utilizado para análise da assistência domiciliar terapêutica, quando houve transferência do atendimento de pacientes entre os serviços, afetando a demanda do hospital-dia.

Será entendido, neste estudo, como assistência domiciliar terapêutica, o tratamento administrado ao portador da AIDS no domicílio, por uma equipe multidisciplinar composta por: dois médicos - um infectologista (que acompanha sempre as visitas) e um psiquiatra (que atua quando é requisitado) - enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, motorista, odontólogo e nutricionista.

A equipe inicialmente dedica certo tempo para o treinamento do auto-cuidado, onde o paciente auto-administra os medicamentos e detecta o aparecimento de efeitos adversos, como também ao treinamento da família quando o paciente assim requer.

Para determinar a inclusão do paciente no programa de tratamento no domicílio utiliza-se critérios como: condições físicas, efetividade do tratamento fora do ambiente hospitalar e repercussões psicológicas do paciente/família.

As visitas são procedidas regularmente, numa frequência determinada pelo estado de saúde do paciente, o que pode apresentar uma variação de um a cinco dias na semana.

Este serviço foi operacionalizado em agosto de 1998 e em seu custo não foram considerados:

---

<sup>6</sup> SUS - Sistema de saúde implantado no Brasil pós-constituição de 1988, que tem por finalidade remunerar, com recursos públicos, os serviços (público ou privado) que prestam atendimento ao indivíduo gratuitamente, garantindo o acesso da população aos métodos de diagnóstico e tratamento necessários à

- a manutenção do veículo utilizado para locomover a equipe, que foi doação do Ministério da Saúde que por tratar-se de um veículo novo não sofreu manutenção, exceto o combustível o qual fará parte dos custos no item outras taxas;
- os medicamentos anti-retrovirais, utilizados pelos pacientes e que são doados pelo governo federal.

Os custos da assistência domiciliar terapêutica foram obtidos através da relação entre o montante gasto no centro de custos e o número de atendimentos realizados no período de agosto à novembro de 1998, o que resultou no custo médio de materiais, serviços e outras taxas.

A receita da assistência domiciliar terapêutica é fixada pelo SUS - única modalidade que remunera este atendimento. Para cada atendimento prestado o hospital recebe R\$ 16,00.

Para este estudo não foi computado o custo dos profissionais médicos, que embora pertençam ao quadro de pessoal, com remuneração mensal, recebem ainda por produtividade (ato médico), numa relação estabelecida entre médico/paciente ou médico/convênio, a participação do HNR restringe-se a fornecer, dependendo do caso, a informação do procedimento realizado, não há relação financeira.

Além do *pro-labore*, outro fator que afetaria o cálculo do custo é a característica de diversificação dos serviços do hospital e a composição do corpo clínico, um mesmo médico poderá atender todas as unidades de internação e modalidades de serviços ou, por outro lado, não cumprir horário, o que causaria imensas considerações, optou-se pela exclusão dessa categoria profissional do presente estudo.

## **Capítulo 2**

### **REFERENCIAL TEÓRICO**

O controle e racionalização dos gastos públicos, como em todas as instituições e setores da economia, tem sofrido maior rigor nos últimos anos. Mais do que nunca, há uma crescente preocupação com a adequação dos gastos ao montante de recursos disponíveis. Esta racionalização atinge também o setor saúde.

*“Dado que os gastos com saúde e os custos dos sistemas de saúde tendem a crescer mais do que os índices de preços e que, a partir de um determinado nível, o aumento dos gastos de saúde não traz maiores incrementos na expectativa de vida da população, torna-se necessário estabelecer medidas que permitam racionalizar os gastos com saúde (...).*

*Um dos princípios básicos da economia da saúde é o de adotar medidas racionalizadoras que propiciem redução de custos sem que ocorram impactos negativos nos níveis de saúde. O objetivo das medidas racionalizadoras é aumentar a eficiência dos serviços, sem que haja prejuízos na eficácia (no alcance das metas planejadas) ou na efetividade (no alcance coletivo das ações médico-sanitárias)”, (Médici in: Piola & Vianna, 1995, p.57).*

Assim, como nas demais atividades econômicas, o controle de custos passa a fazer parte das instituições de saúde, adequando, juntamente com critérios estatísticos e epidemiológicos, as ações de saúde.

#### **2.1 Economia da Saúde**

Em seu conteúdo teórico fundamental a economia explora conceitos tradicionais, que passam a fazer parte dos profissionais da área de saúde: sistemas econômicos e agregados macroeconômicos, orçamento do governo, teoria do consumidor, sistemas de preços do mercado, déficit e dívida pública, teoria da produção e dos custos; comportamento das empresas e das famílias, oferta e demanda de bens e serviços; e avaliação econômica de projetos com análise de custo, benefício, efetividade e utilidade, (Piola & Vianna, 1995).

A definição de economia feita por Samuelson, encontrada em Piola & Vianna (1995, p. 19) aplica-se diretamente ao setor saúde:

*“O estudo de como os homens e a sociedade escolhem, com ou sem o uso do dinheiro, a utilização de recursos produtivos limitados, que têm usos alternativos, para produzir bens e distribuí-los como consumo, atual ou futuro, entre indivíduos e grupos na sociedade. Ela analisa os custos e os benefícios da melhoria das formas de distribuir os referidos recursos.”*

No setor saúde os recursos produtivos são limitados, geralmente escassos. Já o processo decisório é centralizado e de natureza política.

A utilização desses recursos não tem prévia destinação, cabendo aos planejadores determinar seu uso alternativo. Como parte integrante das teorias, existe controvérsia entre estatização e privatização dos serviços de saúde, principalmente após as mudanças legais ocorridas a partir da Constituição Federal de 1998.

Vale ressaltar o papel regulador do governo em sistemas predominantemente privados, além de introduzir a necessidade do desenvolvimento da regulamentação do setor.

A alocação de recursos no setor saúde resulta em bens e serviços, que são distribuídos de acordo com as características e estrutura do sistema de saúde, com impacto imediato ou futuro, atingindo indivíduos ou grupos definidos da população como os portadores de HIV/AIDS por exemplo.

Assim, cria-se um vínculo entre economia e saúde, dando origem à economia da saúde que conta com algumas definições:

*“Uma definição ampla de economia da saúde seria a aplicação do conhecimento econômico ao campo das ciências da saúde, em particular como elemento contributivo à administração dos serviços de saúde. (...) porém mais específica, seria o seguinte: o ramo do conhecimento que tem por objetivo a otimização das ações de saúde, ou seja, o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados..*

*Não é um saco de ferramentas; antes é um modo de pensar que tem a ver com a consciência da escassez. A imperiosidade das escolhas e a necessidade de elas serem precedidas da avaliação dos custos e das conseqüências das alternativas possíveis, com vistas a melhorar a repartição final dos recursos”, (ibidem, p. 19-20).*

Este ponto de vista é amparado por outros autores que afirmam que poucos conceitos econômicos não são aplicáveis ao setor saúde, daí surge a associação entre economia e saúde.

## 2.2 Algumas Definições de Custos

O tratamento de doenças, mesmo que o indivíduo ou seus familiares não arquem inteiramente com as despesas - que poderão ser cobertas pelos sistemas, público ou privado, através de planos de saúde - implica necessariamente em custos. Estes custos podem ser divididos em dois grupos: custos diretos “(...) são aqueles diretamente relacionados com a doença e seu equacionamento (...)”, (Iunes in: Piola & Vianna, 1995, p. 245) e custos indiretos.

*“Os custos indiretos referem-se à perda de renda e/ou produtividade trazidos pela doença ou enfermidade. Uma doença pode implicar perda temporária ou permanente, de produtividade”, (ibidem, p. 245)*

Iunes, (ibidem, p. 245-246) cita ainda, os *custos inatingíveis*, ou seja, os custos que não são possíveis de serem mensurados mas que incidem sobre o doente e seus familiares, principalmente nos portadores de HIV/AIDS, que sofrem custos psicológicos pela exclusão social e pelas características letais da doença.

Teoricamente custos<sup>7</sup> são a avaliação monetária de todos os bens materiais e imateriais, trabalho e serviços consumidos na produção de outro bem ou serviço.

### 2.2.1 Custo fixo

Custos fixos estão ligados ao curto prazo e não dependem da quantidade produzida. *“Custo fixo CF (...) será incorrido independentemente do nível de produção que seja obtido pela empresa (...). São custos que permanecem inalterados independentemente do volume de produção da empresa.”*, (Pindyck & Rubinfeld, 1994, 262).

### 2.2.2 Custo variável

O custo variável nos dá a relação entre insumo e produto, tem relação direta com a quantidade produzida. *“O custo variável CV (...) varia conforme o nível de produção (...). os custos variáveis incluem dispêndio com mão-de-obra, salários e matérias-primas - são custos que aumentam quando o volume produzido é majorado”, (ibidem, 262).*

<sup>7</sup> Difere de gastos - que refere-se a despesas com investimentos; e de despesa - que são os dispêndios (fluxo

### 2.2.3 Custo total

Para Samuelson, (1997, p. 84) custo total

*“pode ser descrito como sendo a soma dos custos de cada item de insumo e todos os outros custos que independem da compra de insumos e da produção estipulada, isto é,*

$$C = A + \sum_1^n w_i v_i,$$

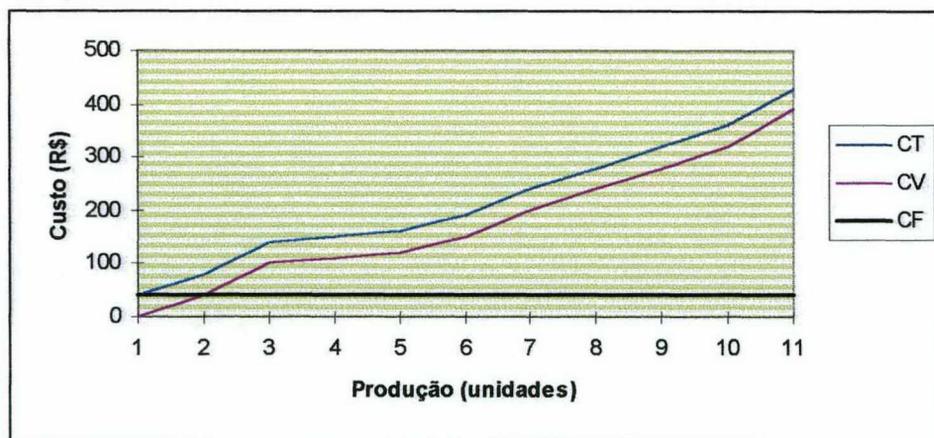
*onde A representa os custos que não variam com a produção e os insumos estipulados (impostos, etc.) é claro que as despesas fixas podem ser iguais a zero (...) estamos interessados em derivar o custo mínimo para cada valor da produção, isto será uma função assim:*

$$C = A + V(x, w_1, \dots, W_n)$$

*Se considerarmos constantes os preços dos fatores produtivos, a relação resultante entre C e x será a curva de custo total costumeira, da qual se podem derivar as curvas de custo médio e de custo marginal<sup>8</sup>.”*

Pindyck & Rubinfeld (1994, p. 262) definem custo total de maneira bastante simples, ou seja: *“o custo total da produção tem dois componentes: o custo fixo (...) e o custo variável.”*

A figura 1 fornece uma visão gráfica do comportamento, dado um nível de produção, das curvas de custo total, fixo e variável.



**Figura 1 - Formato das Curvas de Custo Total, Custo Variável e Custo Fixo**

Fonte: Pindyck & Rubinfeld, (1994, p.268)

gastos) em bens e serviços de consumo e investimentos da economia (corresponde a demanda agregada).

<sup>8</sup> A curva do custo marginal CMg intercepta as curvas de custo variável médio e custo total médio em seus respectivos pontos de mínimo - CMg nos dá a relação entre insumo e produto, é o aumento no custo total (através do custo variável) decorrente do acréscimo na produção de uma unidade a mais.

### 2.2.4 Custo fixo médio

*“(...) o custo fixo médio CFM é o custo fixo dividido pelo nível de produção.”, (ibidem, p.264).*

$$\text{CFM} = \frac{\text{CF}}{\text{Q}}$$

Em razão do custo fixo ser constante, a medida em a produção aumenta o custo fixo médio tende a ser declinante. (Figura 2).

### 2.2.5 Custo variável médio

*“(...) o custo variável médio CVM é o custo variável dividido pelo nível de produção.*

$$\text{CVM} = \frac{\text{CV}}{\text{Q}}$$

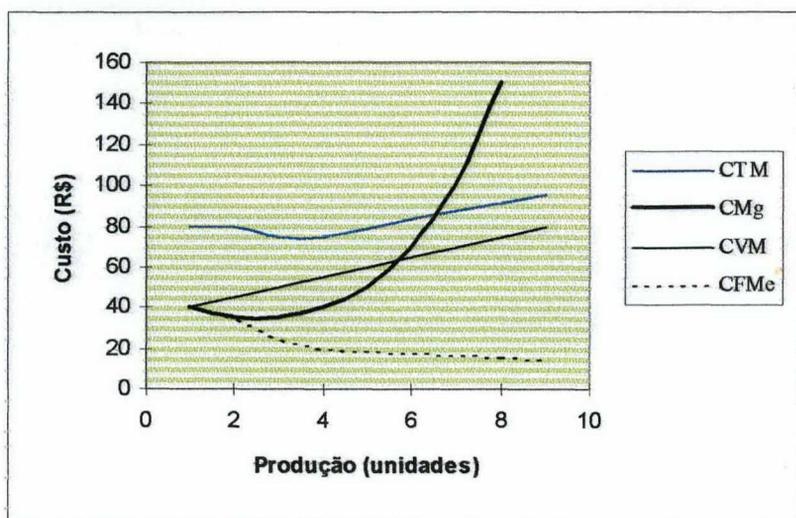
*O CVM possui relação direta com a produtividade dos fatores e custos de produção”, (ibidem, p. 264).*

### 2.2.6 Custo total médio

*“Custo médio é o custo por unidade de produto. Existem três tipos de custo médio: o custo fixo médio, o custo variável médio e o custo total médio ou simplesmente custo médio. (...). O custo total médio CTM é o custo total dividido pelo nível de produção (...). basicamente, o custo total médio nos informa o custo unitário da produção. Por meio de comparação entre o custo total médio e o preço do produto, podemos determinar se a produção é lucrativa”, (ibidem, p. 264)*

$$\text{CTM} = \frac{\text{CT}}{\text{Q}}$$

A curva do CTM pode ser visualizada na figura 2 a seguir, onde apresenta um comportamento declinante à medida em que a produção aumenta em virtude da diminuição do CFM.



**Figura 2 - Formato das Curvas de Custo Médio, Custo Fixo Médio, Custo Variável Médio e Custo Marginal**  
 Fonte: Pindyck & Rubinfeld, (1994, p.268)

Face as características dos dados, para a obtenção dos resultados desta pesquisa, será aplicada a equação de custo médio, ou seja, os custos diretos<sup>9</sup> totais médios que incorrem no tratamento de doentes portadores do HIV/AIDS no HNR em relação a produção, que no caso poderá ser número de atendimentos ou de leitos.

## 2.3 Algumas Definições de Receita

As empresas não incorrem apenas em custos, a venda da produção representa uma forma de repor os insumos gastos e obter resultados (lucro ou prejuízo) para a atividade.

Denomina-se receita a compensação financeira da produção, ela pode ser classificada como: total, média ou marginal.

### 2.3.1 Receita total

Garófalo & Carvalho (1985, p. 261) definem receita total como:

*“Os rendimentos auferidos por uma firma constituem o resultado da multiplicação da quantidade vendida do produto pelo seu respectivo preço de venda. Esse resultado é, em outras palavras a receita total da firma, cuja representação analítica é tal que qual se segue:*

$$RT = P \cdot q$$

*onde: RT = receita total da firma*

<sup>9</sup> Os custos indiretos serão rateados entre o total de 122 leitos do HNR.

$P = \text{preço de venda do produto}$   
 $q = \text{quantidade vendida do produto}$

### 2.3.2 Receita média

Ainda segundo Garófalo & Lima (*ibidem*, p. 262)

“Os rendimentos médios constituem, como o próprio nome sugere, o resultado do quociente entre receita total, auferida pela empresa e a quantidade vendida do produto. Também denominados rendimentos unitários, são normalmente confundidos com o próprio preço do produto. Com efeito, analiticamente:

$$RMe = \frac{RT}{q}$$

mas  $RT = p.q$ , de modo que:

$$RMe = \frac{P.q}{q}$$

donde

$$RMe = P$$

### 2.3.2 Receita marginal

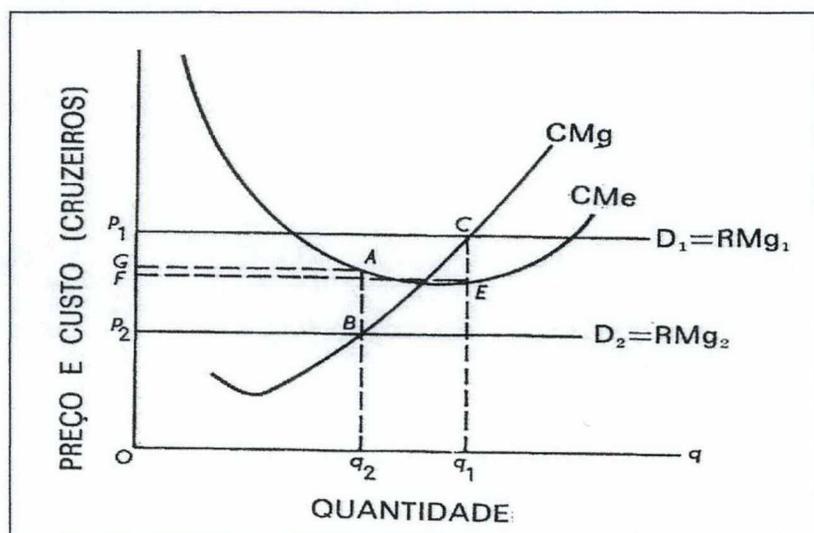
É o acréscimo na receita total em decorrência de uma unidade a mais vendida. Também utilizada para “medir” o ponto de maximização da receita, ou seja, quando a receita marginal for igual a zero (0) a receita total será máxima. (*ibidem*, p. 262)

## 2.4 Relação Entre Custo e Receita - Ponto de Equilíbrio

A diferença entre custo e receita nos dará o resultado da atividade econômica. Esta relação poderá ser positiva ou negativa.

“A igualdade entre preço e custo marginal garante que o lucro é máximo, ou que o prejuízo é mínimo. Se é obtido lucro ou uma perda é incorrida, tal pode ser somente determinado comparando-se o preço e o custo médio total correspondente ao nível de produção de equilíbrio. Se o preço excede o custo unitário, o empresário terá lucro no curto prazo. Por outro lado, se o custo unitário excede o preço, uma perda se verifica”, (Ferguson, 1994, p.288).

Na figura 3 a seguir, pode-se visualizar o ponto de equilíbrio de curto prazo:



**Figura 3 - O Lucro ou Prejuízo no Curto Prazo**

Fonte: Ferguson, (1994, p. 288)

“(…) suponha que um equilíbrio de mercado no curto prazo estabeleça o preço unitário  $0p_1$ . As curva de demanda e de receita marginal para a firma são dadas pela linha horizontal indicada por  $D_1 = RMg_1$ . O equilíbrio a curto prazo é atingido quando o produto é  $0q_1$  unidades por período de tempo. A este nível de produção a receita total (preço vezes quantidade) é dada pela área do retângulo  $0q_1CP_1$ . Similarmente, o custo total (custo unitário vezes quantidade) é a área  $0q_1EF$ . A receita total excede o custo total e o lucro é representado pela área do retângulo  $CEFp_1$ .

Por outro lado, suponha que o preço e a quantidade de equilíbrio de mercado estabeleçam o preço  $0p_2$ . Neste caso, o nível ótimo de produção seria  $0q_2$  unidades por período de tempo. A receita total é a área  $0q_2BP_2$ , enquanto o custo total é  $0q_2AG$ . Desde que o custo total excede a receita total, tem-se um prejuízo no montante representado pela área de  $p_2BAG$ .

Quando a demanda é  $D_2 = RMg_2$ , não há maneira da firma obter lucro. Se a produção fosse maior ou menor  $0q_2$  unidades por período de tempo, o prejuízo seria simplesmente maior”, (ibidem, p.289).

Para modificar o resultado econômico de qualquer atividade tem-se duas possibilidades bastante conhecidas: aumentar a receita e/ou reduzir custos.

Aumentar a receita exige esforços exógenos, há entraves administrativos e de gestão, além do forte controle de preços exercido neste setor pelo governo.

“A modificação nos estilos de gestão dos serviços centralizados e descentralizados ou dos estabelecimentos de saúde tem sido proposta como forma de resolver simultaneamente problemas associados a eficiência, eficácia e efetividade, com impactos sensíveis na redução dos custos dos sistemas de saúde. Todas essas formas tem um ponto em comum: a autonomia de gestão do serviço de saúde, seja ele público ou privado”, (Médici, in: Piola & Vianna, 1995, p. 65).

Com o advento da informática o controle de custos representa uma alternativa mais viável, próxima e de curto prazo. Dispõem-se de modelos gerenciais, como a curva ABC, capaz de identificar os principais custos, a configuração dos custos variáveis e atuar no sentido de reduzi-los sem prejudicar o desempenho dos serviços.

## 2.5 Contextualização do Referencial Teórico

O tratamento da AIDS trouxe significativas mudanças na composição dos custos dos serviços, tanto pela necessidade de aumento no consumo de materiais descartáveis, quanto pela introdução de novos e dispendiosos medicamentos, métodos diagnósticos e tecnologias mais avançadas capazes de combater as diversas complicações causadas pela diminuição da imunidade natural do portador do HIV/AIDS.

Neste contexto, procurou-se determinar o custo do tratamento das implicações/doenças oportunistas que ocorrem em maior número nos portadores de HIV/AIDS atendidos nos serviços do HNR.

*“Para fins didáticos, a infecção pelo HIV pode ser dividida em três fases: a fase aguda, também chamada de síndrome de conversão, a fase assintomática e a fase sintomática. Na ausência de qualquer intervenção terapêutica, a mediana de progressão da fase aguda até a fase sintomática é de aproximadamente uma década. No entanto, a variabilidade individual é bastante grande. Um pequeno número de indivíduos desenvolve AIDS logo após a infecção. Se nenhum tratamento for feito, ao redor de 4% dos pacientes terão desenvolvido AIDS após 3 anos de infecção e 50% após 10-12 anos. No outro extremo, encontram-se 10-15% dos indivíduos infectados pelo HIV que, passados 20 anos da data da infecção, não terão desenvolvido AIDS”, (Rachid & Schechter, 1998, p.7).*

Desta forma, cada fase da doença poderá corresponder a uma modalidade de assistência, ou seja, será feita uma analogia entre as fases de desenvolvimento e a necessidade de atendimento que a doença requer: os portadores de HIV em fase aguda - cerca de 50% - são atendidos pelo serviço de ambulatório (do HNR - que realiza em média 500 atendimentos/mês, e de toda a rede de saúde, pública ou privada), assintomáticos também são atendidos no serviço de ambulatório, e os pacientes sintomáticos no serviço de internação, hospital-dia ou assistência domiciliar terapêutica, quando assim indicar seu quadro clínico.

Cabe salientar, que até 1998, em grande parte das contas hospitalares a serem ressarcidas por planos/seguros de saúde, era omitido o diagnóstico principal - AIDS, já que em razão dos altos custos da doença esses planos não cobriam esta patologia. Para justificar os custos eram informadas como causa as afecções oportunistas que originavam o atendimento, sem mencionar o fato de ser uma complicação causada pelo vírus HIV. Este quadro poderá ser alterado em 1999, com expectativas de mudanças na Lei que rege os seguros e planos de saúde.

### *Capítulo 3*

## ***COMPOSIÇÃO DO CUSTO E RECEITA DO HOSPITAL NEREU RAMOS***

Ao determinar o custo médio total para cada dia de internação ou assistência domiciliar terapêutica por HIV/AIDS no Hospital Nereu Ramos, não se pode ignorar que algumas variáveis como exames, por exemplo, serão realizados intensamente no momento da internação e repetidos de acordo com a evolução do quadro clínico. Em geral, há alterações em sete dias, nesse ínterim, seria possível obter economias de escala em seus custos.

Segundo alguns autores como Piola & Vianna (1995) as condições sócio-econômicas dos doentes interferem decisivamente no seu reestabelecimento físico. Aqueles que possuem melhores condições e mantêm o tratamento de forma regrada, acompanhado de uma alimentação adequada, tem uma recuperação mais rápida. O mesmo princípio pode ser aplicado, com efeito inverso, aos pacientes internados na enfermaria, a grande maioria tem prolongado indefinidamente o período de internação em razão das condições sócio-econômicas extra-hospitalares.

Constatou-se que a média de internação (relação entre número de dias de internação e número de pacientes novos no período) de portadores de AIDS em apartamentos (que são remunerados pelo próprio paciente/familiares ou convênio que não o SUS) no ano de 1997 foi de 6,87 dias. Já nos quartos coletivos este número apresentou-se bem mais elevado - cerca de 18 dias.

Entretanto, o prolongamento da estadia pela não recuperação do doente implica ao hospital perdas financeiras, há uma progressiva redução no ressarcimento da assistência prestada, uma vez que há um limite de tempo, e sua extrapolação, denominada longa permanência, implica, ainda, em “penalidades” aos serviços de saúde. Esta medida, adotada principalmente pelo SUS, visa inibir procedimentos desnecessários (como as

famosas cesarianas) e abusos de ordem financeira.

Dentre as patologias responsáveis pelos atendimentos tem-se observado a alta incidência de tuberculose - antes do advento da AIDS estava relativamente sob controle - e de outras doenças associadas ao sistema respiratório, que em indivíduos saudáveis não progrediriam ao nível de uma internação.

*“As afecções respiratórias são, segundo vários estudos, as principais causas de morbidade e mortalidade em pacientes com infecção pelo HIV. A etiologia destas afecções é bastante variável e depende, em parte, da região em que vive o paciente, de suas condições sócioeconômicas, de seu estado imunológico. (...). Em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, e em certas populações de países desenvolvidos, a incidência de tuberculose é igual ou maior que a de pneumonia por *Pneumocystis carinii* (80% do pacientes)”, (Rachid & Schechter, 1998, p. 35)*

Outro fator é a alta resistência dos agentes etiológicos à terapia tradicional, o que conduz à utilização de drogas de última geração, elevando o custo do quesito medicamentos.

Assim, com base nos conceitos apresentados no capítulo 2 e dados obtidos no HNR buscou-se quantificar o custo e a receita dos serviços de internação, hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica, obtendo os resultados para esta pesquisa.

### **3.1 Custo**

Para o cálculo de algumas variáveis a relação com o custo foi feita através de dados de produção disponibilizados pelo HNR, dispostos na tabela 2, além da média mensal de atendimento do hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica.

Nas unidades de internação e demais setores do hospital ainda não são realizadas estatísticas de produção individualizadas, o que direcionou esta pesquisa para a utilização de outros parâmetros.

**Tabela 2 - Dados de Produção (dezembro/96 a novembro/97) do Hospital Nereu Ramos**

<i>DADOS</i>	<i>TOTAL (ano)</i>	<i>MÉDIA MENSAL</i>
<i>Número de Leitos</i>	122	122
<i>Número de Refeições</i>	264.247	22.021
<i>Custo Total (das refeições)</i>	R\$ 561.105,28	R\$ 46.587,77
<i>Custo Médio (por refeição)</i>	R\$ 2,12	R\$ 46.684,52 <sup>10</sup>
<i>Número de Funcionários</i>	315	Média servidor/leito: 2,58
<i>Faturamento SUS - Ala V</i>	R\$ 660.606,44	R\$ 55.050,54

Fonte: Hospital Nereu Ramos - Elaborado pela Autora

### 3.1.1 Nomenclatura utilizada:

Mmen = média mensal

$\Sigma$  Custo Total = somatório do custo total dos centros de custo considerados

122 = número de leitos do HNR

36 = número de leitos da Ala V - Unidade de internação da AIDS

30 = dias do mês

CMedDia = Custo médio/dia

CMedMatDia = Custo médio material/dia

CMedMedDia = Custo médio medicamentos/dia

CMSB = Custo Médio do salário bruto

CMSE/dia = Custo Médio do serviço de enfermagem

CMedOT = Custo médio de outras taxas

CMedRX = Custo médio de cada RX

CMedRE = Custo médio registro e expedição

(\*) = multiplicação

### 3.1.2 Cálculo das variáveis de produção:

- Diária:** no item diária estão contemplados os custos totais com insumos de nutrição (café da manhã, almoço, lanche, jantar e ceia), lavanderia, limpeza, água, energia elétrica e telefone; com os respectivos custos de pessoal no período.

<sup>10</sup> custo médio unitário \* quantidade média mensal (2,12\*22021)

$$\frac{\Sigma \text{ Custo Total}}{12} = \text{Mmen}$$

$$\frac{\text{Mmen}}{\text{n}^\circ \text{ de leitos} * 30 \text{ dias}} = \text{CMedDia}$$

$$\frac{\text{R\$ } 105.334,80}{122 * 30} = \text{R\$ } 28,78$$

$$\text{Diária} = \text{R\$ } 28,78 + \text{R\$ } (2,12 * 5) = \text{R\$ } 39,38$$

Cada leito do HNR tem um custo médio diário de R\$ 39,38.

2. **Material:** para o cálculo do custo de material utilizou-se o custo total de material de enfermagem (cateter, abocath, seringas, agulhas, copos descartáveis, microfix, entre outros - materiais básicos utilizados em cada paciente na administração de medicação em média a cada seis horas) do centro de custo da unidade de internação para doentes com AIDS:

$$\frac{\Sigma \text{ Custo Total}}{12} = \text{Mmen}$$

$$\frac{\text{Mmen}}{\text{n}^\circ \text{ de leitos} * 30 \text{ dias}} = \text{CMedMatDia}$$

$$\frac{\text{R\$ } 94.244,40}{36 * 30} = \text{R\$ } 87,43$$

### Hospital-Dia

O Hospital-Dia pratica uma estatística diferenciada, ou seja, como o paciente utiliza uma AIH mensal onde são computados cada atendimento, é possível estimar o número de atendimentos realizados num mês.

Média Mensal de Atendimento (agosto a setembro/98): 186

$$\frac{\Sigma \text{ Custo Total}}{4} = \text{Mmen}$$

$$\frac{\text{Mmen}}{\text{Média de Atendimentos}} = \text{CMedMat}$$

$$\frac{\text{R\$ } 972,24}{186} = \text{R\$ } 4,99$$

Cada atendimento do hospital-dia tem um custo médio com material de R\$ 4,99.

### Assistência Domiciliar Terapêutica

Média Mensal de Atendimento (agosto a setembro/98): 49

$$\frac{\Sigma \text{ Custo Total}}{4} = \text{Mmen}$$

$$\frac{\text{Mmen}}{\text{Média de Atendimentos}} = \text{CMedMat}$$

$$\frac{\text{R\$ 263,60}}{49} = \text{R\$ 5,38}$$

Cada atendimento do serviço de assistência domiciliar terapêutica um custo médio com material de R\$ 5,38.

3. **Medicação:** Cada paciente possui prescrição individualizadas, porém, para efeito deste estudo utilizou-se o custo dos medicamentos do centro de custo da unidade de internação para doentes com AIDS:

$$\frac{\Sigma \text{ Custo Total}}{12} = \text{Mmen}$$

$$\frac{\text{Mmen}}{\text{nº de leitos*30 dias}} = \text{CMedMedDia}$$

$$\frac{\text{R\$ 156.060}}{36*30} = \text{R\$ 144,5}$$

Cada leito do Ala V tem um custo médio diário com medicamentos de R\$ 144,5.

4. **Taxa de Gasoterapia:** Refere-se ao consumo de oxigênio (O<sub>2</sub>), utilizou-se o custo de cada hora O<sub>2</sub> = R\$ 4,37, multiplicado pelo número de horas utilizado por cada patologia. Para patologias respiratórias considerou-se O<sub>2</sub> contínuo por 24h e para nebulização considerou-se uma hora/dia - em quatro sessões de 25 minutos. As duas terapias são aplicadas simultaneamente, as demais patologias utilizam em média 1h por dia.

$$\text{Custo/hora O}_2 * \text{nº de horas} = \text{Custo dia do O}_2$$

$$\begin{array}{l} (24+1)*4,37 \\ 1*4,37 \end{array} = \text{R\$ 109,25 ou} \\ = \text{R\$ 4,37}$$

Este cálculo é unitário, por prescrição médica, entretanto, para este estudos, devido a alta incidência considerou-se que cada internação por patologia respiratória consome O<sub>2</sub> contínuo e nebulização (25h de O<sub>2</sub>/dia) já pacientes das demais patologias

consomem em média 1h de O<sub>2</sub>/dia na realização de nebulizações.

5. **Serviços de Enfermagem:** Esta foi a única categoria de atendimento que atua exclusivamente na Ala V, o que embora coletivamente, tornou possível mensurar seu custo/leito. Para efeito deste estudo utilizou-se o custo dos salários brutos (SB) dos profissionais (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) da unidade que cobrem 24h/dia, A escala de serviço compreende seis equipes que trabalham em turnos de 12h. e duas equipes que trabalham em turnos de 6h (manhã e tarde) num total 30 horas semanais cada equipe.

$$\frac{\Sigma \text{Custo SB}}{12} = \text{CMSB}$$

$$\frac{\text{CMSB}}{\text{n}^\circ \text{ de leitos} * 30 \text{ dias}} = \text{CMSE/dia}$$

$$\frac{\text{R\$ } 72.943,20}{36 * 30} = \text{R\$ } 67,54$$

Cada leito do Ala V tem um custo bruto médio diário com pessoal de enfermagem de R\$ 67,54.

#### **Hospital-Dia e Assistência Domiciliar Terapêutica:**

Média Mensal de Atendimento hospital-dia (agosto a novembro/98): 186

Média Mensal de Atendimento do serviço de assistência domiciliar terapêutica (agosto a novembro/98): 49

$$\frac{\Sigma \text{Custo SB}}{4} = \text{CMSB}$$

$$\frac{\text{CMSB}}{\text{n}^\circ \text{ de Atendimentos}} = \text{CMSE}$$

$$\frac{\text{R\$ } 2.545,93}{186 + 49} = \text{R\$ } 10,83$$

Cada atendimento realizado no hospital-dia e serviço de assistência domiciliar terapêutica incorrem em um custo bruto médio com pessoal de enfermagem de R\$ 10,83.

Este cálculo foi agrupado em virtude dos dois serviços utilizarem o mesmo pessoal de enfermagem.

6. **Outras Taxas:** Remoção de paciente com serviço paramédico, serviço que consiste no

transporte de paciente para realização de exames ou outros procedimentos necessários ao tratamento e dos quais o HNR não dispõem. Compreende o custo com combustíveis e manutenção do veículo ambulância (veículo novo - dez/96 - que não requereu grandes dispêndios com manutenção) e a folha de pagamento (SB) dos motoristas. O serviço paramédico não foi computado por já fazer parte do custo *serviços de enfermagem* já que o acompanhamento do paciente é feito pelo pessoal que atua na unidade de internação Ala V. Para computar este valor optou-se por utilizar o número total de leitos do HNR, já que o serviço/veículo atende todos os pacientes internados e não dispõem de dados de custo individualizados, nem do total de saídas/Km.

$$\frac{\Sigma \text{ Custo Total}}{12} = \text{CMedOT}$$

$$\frac{\text{CmedOT}}{\text{n}^\circ \text{ de leitos} * 30 \text{ dias}} = \text{CMOT/dia}$$

$$\frac{\text{R\$ } 3.545,32}{122 * 30} = \text{R\$ } 0,97$$

Cada leito (inclusive do hospital-dia) do HNR apresenta um custo médio diário com remoção de R\$ 0,97.

### Assistência Domiciliar Terapêutica

Neste caso outras taxas refere-se ao transporte da equipe à residência do paciente. Para tanto existe um veículo próprio, doado pelo Ministério da Saúde, que conta com poucos meses de uso, e o custo do motorista.

$$\frac{\Sigma \text{ Custo Total}}{4} = \text{CMedOT}$$

$$\frac{\text{CMedOT}}{\text{n}^\circ \text{ de Atendimentos}} = \text{CMOT por atendimento}$$

$$\frac{\text{R\$ } 341,33}{49} = \text{R\$ } 6,97$$

Cada atendimento representa um custo médio de R\$ 6,97.

7. **Exames Complementares (exceto raios-x):** são exames como: hemograma, uréia, creatinina, glicose, sódio, potássio, gasometria, parcial de urina, contagem de plaquetas, bacilo álcool ácido resistente (BAAR), pesquisa de *pneumocystis carinii* (PCP), germes comuns, fungos (escarro) LDH, sorologia, toxoplasmose, citomegalovírus (CMV),

VDRL, carga viral, entre outros, realizados pelo laboratório contratado (que é terceirizado) ou pela rede de saúde - pública ou privada. O número e categorias de exames a serem realizados pelo paciente é determinado pelo médico assistente que utiliza, dependendo da evolução clínica do paciente, um *pool* relativamente fixo. São exames que concentram-se na sua grande maioria no momento da internação e alta. O cálculo do custos foi realizado por profissionais do HNR (por ser um serviço terceirizado este é um dado já trabalhado), que quantificaram individualmente o preço cada exame realizado, aplicado a cada leito da Ala V nos forneceu o custo de cada paciente por sete dias de internação.

$$\begin{aligned} 7 \text{ dias} &= \text{R\$ } 353,00 \\ 1 \text{ dia} &= \text{R\$ } 50,43 \end{aligned}$$

Atenta-se para o fato de que são exames realizados em “baterias”, o que representa grande variedade, e o contrato de prestação de serviços é remunerado por uma tabela superior à de preços praticados pelo mercado.

Cada leito da Ala V apresenta um custo médio diário com exames de R\$ 50,43.

8. **Raios-X:** São os exames radiológicos. Compreende o custo com materiais e a folha de pagamento (SB) dos operadores.

$$\begin{aligned} &\frac{\text{N}^\circ \text{ de RX}}{\text{realizados/ano}} &&= \text{Média de RX por atendimento} \\ &\frac{\text{N}^\circ \text{ de atendimentos}}{\text{no HNR/ano}} && \\ &\frac{18348}{(4361+1755)} &&= 3 \\ &\frac{\Sigma \text{ Custo}}{\text{Média Mensal de}} &&= \text{CmedRX} \\ &\text{RX} && \\ &\frac{\text{R\$ } 26.176,48}{1529} &&= \text{R\$ } 17,12 \end{aligned}$$

O nível de salários dos operadores de RX é consideravelmente alto em relação aos demais profissionais da área da saúde, o que elevou o custo do exame.

9. **Registro e Expedição:** Compreende os serviços burocráticos de internação, arquivo e contas hospitalares, que atendem todo o HNR. Para efeito de custo utilizou-se o somatório dos custos com materiais e pessoal desses setores, em relação ao número de

atendimentos realizados pelo HNR, dando peso 2 para as internações - que utilizam os serviços na admissão e alta - e 1 para as consultas ambulatoriais, o que nos deu o custo médio de cada paciente atendido.

$$\frac{\Sigma \text{Custo}}{\text{N}^\circ \text{atend. amb.} + (\text{n.}^\circ \text{atend. hosp.} * 2)} = \text{CmedRE}$$

$$\frac{\text{R\$ } 9.477}{363 + (146.25 * 2)} = \text{R\$ } 14,46$$

Cada internação tem um custo médio unitário fixo de R\$ 28,92.

### 3.2 Receita

Um dos princípios utilizados pelos profissionais de saúde que atuam no HNR é a não diferenciação da assistência administrada ao paciente, independentemente do custo ou forma de pagamento da fatura hospitalar. Cada doente atendido recebe igual tratamento médico-hospitalar.

Entretanto, no que se refere a acomodação para pacientes internados, há possibilidades de diferenciação através da oferta de apartamentos individuais que oferecem condições de manter um acompanhante permanentemente junto ao doente, não cobertos pelo SUS mas remunerados por seguros de saúde ou por recursos do próprio paciente.

A diferenciação nas acomodações é mantida pela instituição para atender uma parcela da demanda, composta principalmente pelos convênios, e pela remuneração superior que este serviço oferece ao hospital e médicos.

Assim, constituem as fontes de receita do Hospital Nereu Ramos: o governo federal através do SUS, outros convênios e pacientes particulares e o governo estadual através do Tesouro do Estado (pagamento de salários) e do Fundo Estadual de Saúde, responsável pela cobertura dos déficits incorridos quando a receita for inferior ao custo.

#### 3.2.1 Cálculo da receita faturada:

A determinação da receita hospitalar, feita através das faturas, obedece limites impostos pelo governo federal e administradoras de convênios, que passam a ser aplicados às cobranças particulares. Estas restrições consistem em tabelas (Anexo I) com valores

mais ou menos inflexíveis.

A discriminação da receita constitui um problema, já que as contas não são separadas por patologia e passam a fazer parte do faturamento geral do hospital, impossibilitando o cálculo por centro gerador, como o utilizado no custo.

Não foi registrado nenhum atendimento de caráter particular a portadores de HIV/AIDS no período analisado. Já o serviço de internação contou com pacientes conveniados, onde obteve-se uma média da receita em relação aos dias de permanência. Os atendimentos realizados no hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica foram ressarcidos exclusivamente através do SUS.

### Serviço de Internação:

#### Receita Média de Pacientes Conveniados (exceto SUS):

$$\frac{\text{Receita Média Mensal dos Convênios}}{\text{Nº Total de dias Ressarcidos}} = \text{Receita Média Diária}$$

$$\frac{19.237,96}{157} = \text{R\$ } 122,53 \text{ (1)}$$

#### Receita Média de Pacientes Conveniados SUS:

$$\frac{\text{Receita Média Mensal do SUS}}{36*30(\text{dias})} = \text{Receita Média Diária}$$

$$\frac{50.050,54}{1080} = \text{R\$ } 46,34 \text{ (2)}$$

#### Receita Média Total<sup>11</sup>:

$$\frac{1 + 2}{2} = \text{Receita Média Total Diária}$$

$$\frac{122,53 + 46,34}{2} = \text{R\$ } 84,44$$

<sup>11</sup> Média das médias ponderadas.

## Hospital-dia

### Receita Média de Pacientes Conveniados SUS:

$$\frac{\text{Receita Total do Convênio}}{\text{Nº Total Atendimentos}} = \text{Receita Média por Atendimento}$$
$$\frac{8.742}{744} = \text{R\$ } 11,75$$

## Assistência Domiciliar Terapêutica

Diferente das outras modalidades de atendimento, a assistência domiciliar terapêutica é ressarcida exclusivamente pelo SUS e recebe um valor fixo que é multiplicado pelo número de atendimentos, este valor corresponde a R\$ 16,00.

Considerou-se este valor como receita total média por atendimento.

A partir desses resultados será procedida, no capítulo 4, a respectiva análise e discussão.

## Capítulo 4

# ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 4.1 Serviço de Internação

Por sua complexidade, a internação hospitalar de portadores de HIV/AIDS, é o serviço que consome o maior número de insumos, incorrendo em maiores custos.

Estes custos evoluem a medida em que aumenta o período de permanência.

**Tabela 3 - Custo Médio Diário de Internação por AIDS<sup>12</sup>**

<i>Descrição de Serviços</i>	<i>Custo R\$</i>
1. Diária	39,38
2. Material	87,43
3. Medicação	144,50
4. Taxa de Gasoterapia	109,25
5. Serviços de Enfermagem	67,54
6. Outras Taxas	0,97
7. Exames Complementares	50,43
8. Raios X	51,36
9. Registro e Expedição	28,92
<b>TOTAL</b>	<b>579,78</b>

Fonte: Hospital Nereu Ramos -  
Elaborado pela Autora

**Tabela 4 – Custo Médio Diário de Internação por AIDS<sup>13</sup>**

<i>Descrição de Serviços</i>	<i>Custo R\$</i>
1. Diária	39,38
2. Material	87,43
3. Medicação	144,50
4. Taxa de Gasoterapia	4,37
5. Serviços de Enfermagem	67,54
6. Outras Taxas	0,97
7. Exames Complementares	50,43
8. Raios X	51,36
9. Registro e Expedição	28,92
<b>TOTAL</b>	<b>474,90</b>

Fonte: Hospital Nereu Ramos -  
Elaborado pela Autora

<sup>12</sup> Com afecções respiratórias

<sup>13</sup> Com outras afecções que não-respiratórias

As tabelas 3 e 4 mostram o custo total médio diário de cada internação por HIV/AIDS. Pode-se observar que nestas tabelas existe uma variável que é fixa, representa um custo médio unitário, independe do número de dias que o paciente permanece internado (item 9).

A taxa de gasoterapia não se enquadra na definição de custo médio, além de sofrer variação de acordo com a patologia atendida.

As demais variáveis correspondem a valores diários, ou seja, cada dia de internação incidirá o valor de R\$ 550,86 (tabela 3) ou R\$ 445,98 (Tabela 4).

Em ambas as tabelas o custo médio total sofre maior interferência no item medicação, que representa 24,92% da tabela 3 ou 30,43% da tabela 4.

A taxa de gasoterapia, é responsável por 18,84% do custo médio total na tabela 3, quando reduzida para 1h diária (na tabela 4) representa menos de 1%.

Os custos são influenciados pelas condições sócio econômicas do portador do HIV/AIDS, que não possuem condições de manter uma alimentação adequada tornando-os fisicamente debilitados, não respondendo adequadamente a terapias menos dispendiosas e ainda, pela alta taxa de afecções respiratórias que apresentam (tabela 3).

Os demais insumos, que incorrem no tratamento, representam 56,24% da tabela 3, já na tabela 4 participam de forma mais expressiva: 68,65%.

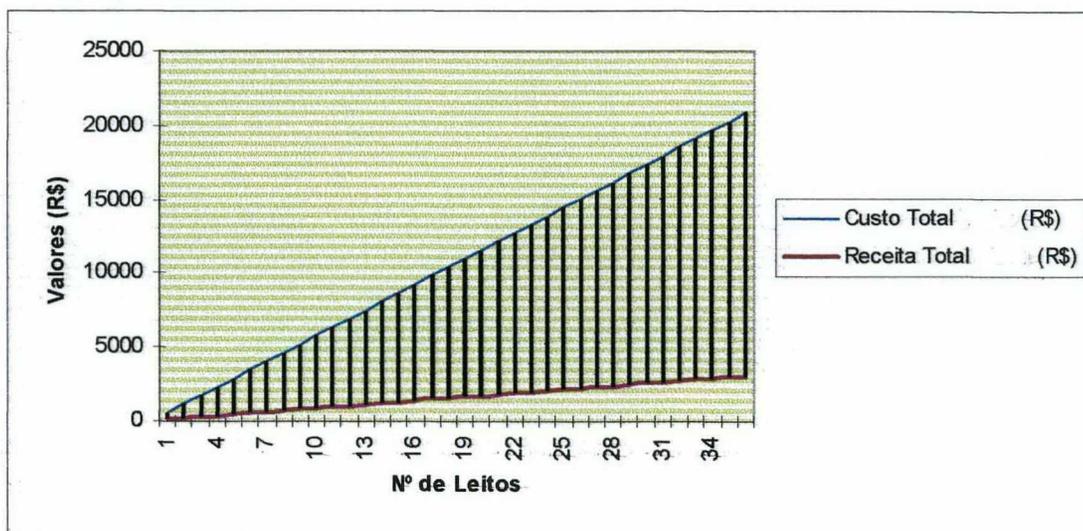
**Tabela 5 - Receita Média Diária de Internação por AIDS**

<i>Fonte</i>	<i>Valor R\$</i>
<b>1. Convênios</b>	<b>122,53</b>
<b>2. SUS</b>	<b>46,34</b>
<b>Receita Média Total</b>	<b>84,44</b>

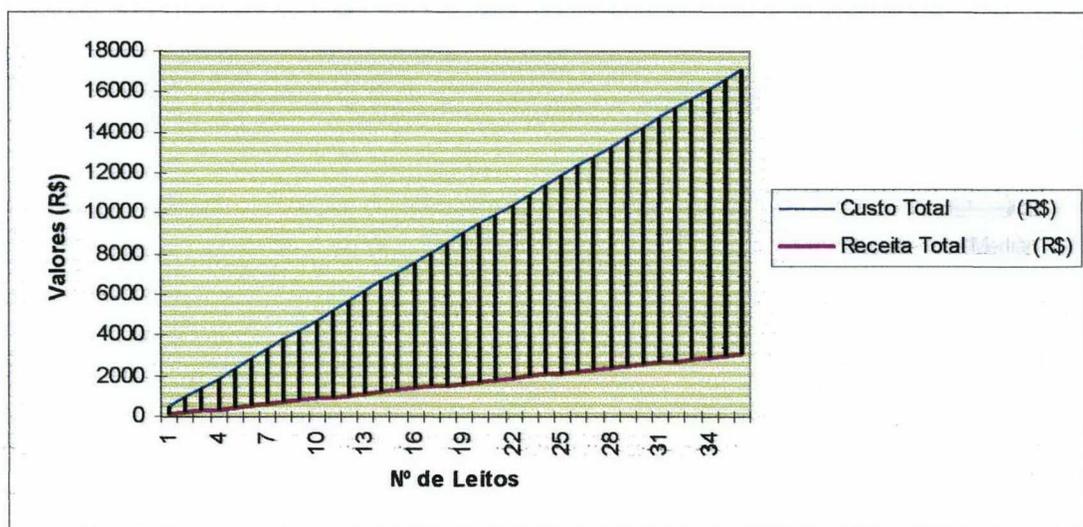
**Fonte: Hospital Nereu Ramos - Elaborado pela Autora**

A tabela 5 apresenta a receita média total de R\$ 84,44 para cada dia de internação.

Ao comparar os custos (tabelas 3 e 4) com a receita (tabela 5) verifica-se que há um diferencial negativo em relação a tabela 3 de 85,44% e de 82,22% em relação a tabela 4. Significa que a cada R\$ 100 reais que o governo estadual gasta com o portadores de HIV/AIDS são ressarcidos aos cofres públicos apenas R\$ 14,56 (tabela 3) ou R\$ 17,78 se for em relação ao total da tabela 4.



**Figura 4 - Relação entre CT e RT de Internação por Afecção Respiratória**  
 Fonte: Hospital Nereu Ramos - Elaborado pela Autora



**Figura 5 - Relação entre CT e RT de Internação sem Afecção Respiratória**  
 Fonte: Hospital Nereu Ramos - Elaborado pela Autora

Nas figuras 4 e 5 pode-se visualizar o comportamento dicotômico entre o custo e a receita. A medida em que os custos aumentam observa-se um distanciamento, em níveis crescentes, incorrendo em prejuízos crescentes (área hachurada). Existindo prejuízo para qualquer nível de produção.

## 4.2 Hospital Dia

Na composição dos custos do hospital-dia há uma redução nas variáveis e valores. Nesta modalidade de atendimento os pacientes são orientados a realizar os exames complementares extra-hospital. A medicação é fornecida pelo Ministério da Saúde. O fator determinante do atendimento é a prestação de serviços de enfermagem, já que são medicações de uso contínuo que necessitam de monitoramento.

**Tabela 6 - Custo Médio do Atendimento por AIDS - Hospital-Dia**

<i>Descrição de Serviços</i>	<i>Custo R\$</i>
<b>1. Diária</b>	<b>19,69</b>
<b>2. Material</b>	<b>4,99</b>
<b>3. Taxa de Gasoterapia</b>	<b>4,37</b>
<b>4. Serviços de Enfermagem</b>	<b>10,83</b>
<b>5. Outras Taxas</b>	<b>0,97</b>
<b>6. Raios X</b>	<b>51,36</b>
<b>7. Registro e Expedição</b>	<b>28,92</b>
<b>TOTAL</b>	<b>121,13</b>

Fonte: Hospital Nereu Ramos - Elaborado pela Autora

Como no custo da internação, no hospital-dia o item (7) incorre no momento da emissão e fechamento da AIH, também considerado unitário e não estando relacionado ao número de atendimentos.

O insumo de maior peso refere-se a raios-X que representa 42,4% do custo total médio.

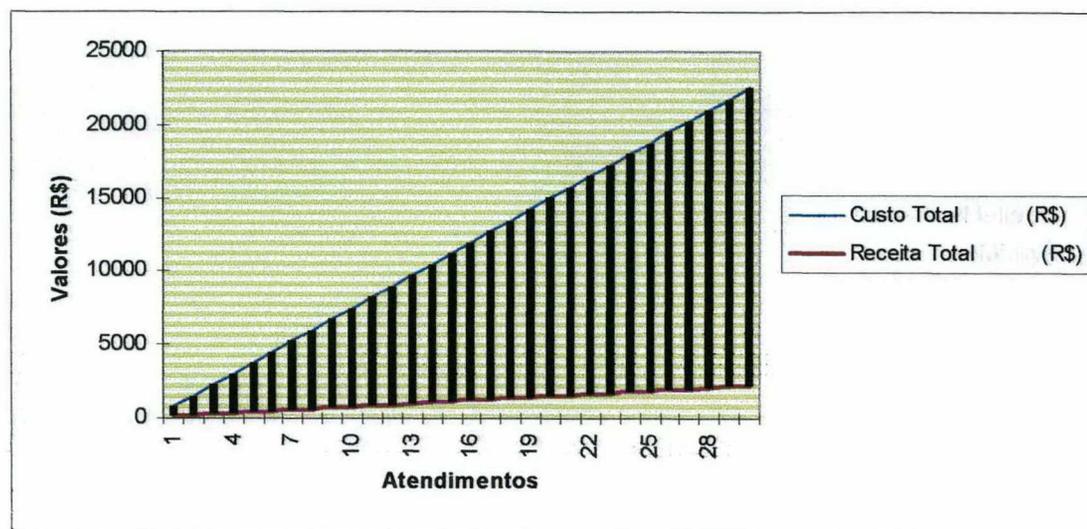
Os demais insumos obedecem o comportamento do custo da internação.

**Tabela 7 - Receita Média por Atendimento - Hospital-Dia**

<i>Fonte</i>	<i>Valor R\$</i>
<b>1. SUS</b>	<b>11,75</b>

Fonte: Hospital Nereu Ramos - Elaborado pela Autora

A única fonte de receita por serviço prestado corresponde ao SUS, que remunera os serviços com uma defasagem média de 90,3 %



**Figura 6 - Relação entre CT e RT do Hospital-Dia**

Fonte: Hospital Nereu Ramos - Elaborado pela Autora

A representação gráfica, figura 6, ilustra o comportamento das curvas de CTMe e RTMe do hospital-dia, onde observa-se que, mantida a produção com o mesmo nível de preço o ponto de equilíbrio ( $CMe = RMe$ ) tende a não “acontecer”.

### **4.3 Assistência Domiciliar Terapêutica**

A assistência domiciliar terapêutica foi operacionalizada mais em função do conforto do paciente do que da equipe de atendimento. Há inúmeros transtornos em se locomover uma equipe em relação a um paciente.

O serviço incide em taxas mais amenas, se comparadas as outras modalidades de atendimento, em virtude dos insumos utilizados serem bastante reduzidos. Este serviço foi possibilitado através de um convênio com o Ministério da Saúde, o qual forneceu os equipamentos duráveis (como camas, comadres, papagaios, bengalas, etc). Ao governo estadual, por contrapartida, coube a manutenção com o fornecimento de insumos de reposição e pessoal.

**Tabela 8 - Custo Médio do Atendimento por AIDS - Assistência Domiciliar Terapêutica**

<i>Descrição de Serviços</i>	<i>Custo R\$</i>
<b>1. Material</b>	<b>5,38</b>
<b>2. Serviços de Enfermagem</b>	<b>10,83</b>
<b>3. Outras Taxas<sup>14</sup></b>	<b>6,97</b>
<b>4. Registro e Expedição</b>	<b>14,46</b>
<b>TOTAL</b>	<b>37,64</b>

**Fonte: Hospital Nereu Ramos - Elaborado pela Autora**

Na tabela 7 pode-se visualizar o custo total médio de um atendimento, onde o maior custo refere-se ao serviço de registro e expedição.

**Tabela 9 - Receita Média por Atendimento - Assistência Domiciliar Terapêutica**

<i>Fonte</i>	<i>Valor R\$</i>
<b>I. SUS</b>	<b>16,00</b>

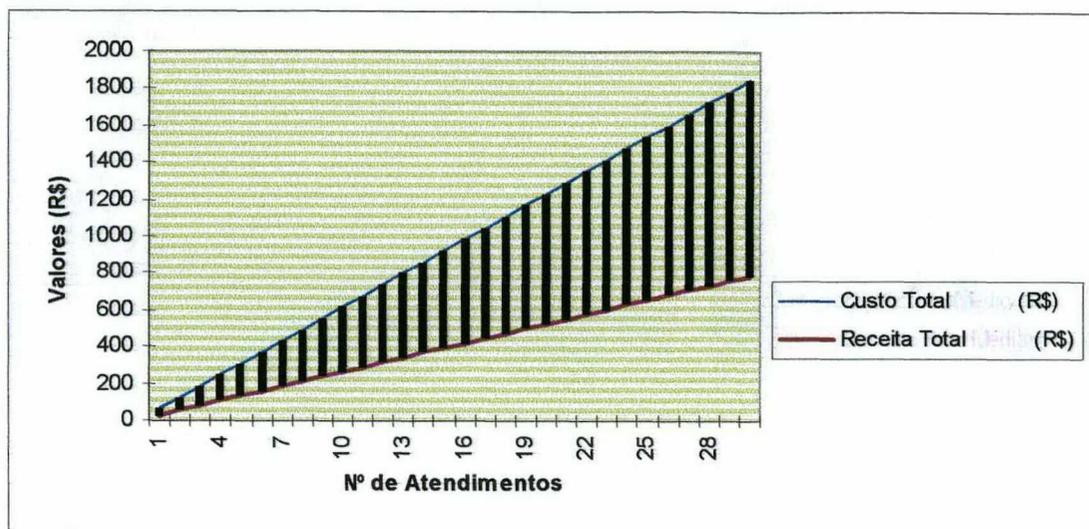
**Fonte: Hospital Nereu Ramos - Elaborado pela Autora**

Na tabela 9 tem-se a receita total de cada atendimento realizado no programa de assistência domiciliar terapêutica.

Ao contrapor as tabelas 8 e 9, respectivamente custo médio e receita, pode-se observar que apenas um item - o de nº 4 - consome 90,37% da totalidade da receita.

Ainda, ao comparar os dois resultados, custo e receita, verifica-se que há um déficit de 57,5%.

<sup>14</sup> Outras Taxas neste caso refere-se ao transporte da equipe.



**Figura 7 - Relação entre CT e RT da Assistência Domiciliar Terapêutica**

Fonte: Hospital Nereu Ramos - Elaborado pela Autora

O nível de cobertura (RMe) da assistência domiciliar terapêutica, embora longe de atingir o ponto de equilíbrio, é o que melhor corresponde aos custos incorridos no tratamento. Observa-se na figura 7 que, mantendo-se o comportamento crescente do número de atendimentos (CTMe) há um igual deslocamento da curva de RTMe, distanciando, em níveis crescentes, a cobertura dos custos, aumentando a área (hachurada) de prejuízo.

O cotejamento entre receita e custo demonstrou que, independentemente da fonte de receita faturada, há déficit nas três modalidades de atendimento.

Para atingir o ponto de equilíbrio (onde o lucro é máximo ou o prejuízo é mínimo) o comportamento das curvas de CMe e a RMe dos serviços teriam que sofrer sensíveis alterações, diminuindo o custo e/ou aumentando o preço praticado pelo hospital.

## *Capítulo 5*

# **CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES**

### **5.1 Conclusões**

Após a análise dos dados, concluí-se que:

A cada leito instalado na unidade de internação para portadores de HIV/AIDS acometido por afecções respiratórias corresponde um custo médio mensal de R\$ 16.554,72. Para as demais afecções este custo é de R\$ 13.408,32.

Considerando-se a média de permanência para pacientes atendidos pelo SUS em 18 dias, tem-se um custo médio por internação de R\$ 9.944,40 ou R\$ 8.056,56 respectivamente com e sem afecção respiratória. A cobertura deste custo fica na ordem de R\$ 834,12, havendo um déficit de R\$ 9.738,86 (afecção respiratória) ou R\$ 7.222,44 (afecção não respiratória).

Já os pacientes conveniados que permanecem internados por uma média de 7 dias, custam em média R\$ 3.884,94 (para afecções respiratórias) ou R\$ 3.150,78 (afecções não respiratórias). Com uma cobertura de R\$ 857,72 também apresentam um déficit considerável de R\$ 3.027,22 ou R\$ 2.293,06, respectivamente com ou sem afecções respiratórias.

O hospital-dia e a assistência domiciliar terapêutica também apresentam déficits. O déficit do hospital-dia fica na ordem de R\$ 109,38 e da assistência domiciliar terapêutica em R\$ 21,64 por atendimento. Representando déficits mensais de R\$ 20.344,68 e R\$ 1.060,36 respectivamente.

Os planos de saúde, segunda fonte de receita, que melhor remuneram os serviços de atendimento, não chegam a cobrir 50% da totalidade do custo médio de uma internação por HIV/AIDS. Em modalidades como assistência domiciliar terapêutica, não celebraram convênio.

Há uma cobertura apenas parcial dos insumos gastos nas três modalidades de atendimento analisadas, impossibilitando sua reposição através da receita gerada pelo próprio hospital. Esta reposição tem sido feita pelo Fundo Estadual de Saúde.

A implantação de formas alternativas de tratamento dos portadores do HIV/AIDS - assistência domiciliar terapêutica e hospital dia - embora longe de ser lucrativa, colabora para a diminuição dos custos incorridos numa internação hospitalar, através da redução do tempo de internação, mantendo-se a assistência ao doente.

O atendimento especializado é caro, limitando-o ao setor público, que arca com seus custos. O lucro que se obtém nesta atividade é o prolongamento da vida dos portadores de HIV/AIDS, que por sua vez podem permanecer no mercado de trabalho mantendo suas atividades laborativas.

## ***5.2 Recomendações***

O tema aqui abordado, longe de estar esgotado, poderia sofrer outras investigações que venham a responder algumas questões ou dar continuidade à pesquisa.

Com o intuito de aprofundar ainda mais a análise em torno da composição dos custos incorridos no tratamento de portadores do HIV/AIDS, seria importante a realização de outros estudos como:

- Atendimento governamental da AIDS X Prevenção X Prolongamento da vida
- Campanhas de Prevenção X Custo de Manutenção do Serviço de Atendimento Público para portadores de HIV/AIDS.
- Implantação do atendimento ambulatorial ao portador do HIV/AIDS em toda a rede básica de saúde.
- Retorno da atividade produtiva do portador de HIV/AIDS

Ao hospital Nereu Ramos, como principal instituição governamental que presta atendimento ao portadores de HIV/AIDS em Santa Catarina, definido seus custos, caberia

- Incrementar ações de saúde que priorizem a desospitalização, como no caso da assistência domiciliar terapêutica.
- Implantar sistemas de qualidade capazes de eliminar possíveis desperdícios.
- Negociar seu financiamento de forma mais próxima possível do ponto de equilíbrio, ao

menos com os planos de saúde privados que atuam como empresas e buscam lucro financeiro. No entanto, como instituição governamental não pode se furtar da obrigação de garantir o direito universal à vida, que é obrigação do Estado.

## ***REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - AIDS. Brasília : Coordenação Nacional de DST/AIDS, Trimestral, jul./ago., 1998.
2. BRITO, Ivo. *Desafios para a prevenção do HIV/AIDS no contexto transcultural*. In: Brasil - Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - AIDS. Brasília : Coordenação Nacional de DST/AIDS. Trimestral, mar./maio, 1998. 45p.
3. COHN, Amélia. *Considerações acerca da dimensão social da epidemia de HIV/AIDS no Brasil*. In: "A Epidemia da AIDS no Brasil: Situação e Tendências". Brasília : Ministério da Saúde. Simpósio Satélite. 1997. Página [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), em 30/01/99 - 18h30min.
4. FERGUSON, Charles E. *Microeconomia*. 18 ed. Rio de Janeiro : Florence Universitária, 1994, 610p.
5. GARÓFALO, Gilson de Lima; CARVALHO, Luiz Carlos Pereira de. *Teoria microeconômica*. São Paulo : Atlas, 1985, 573p.
6. HOSPITAL NEREU RAMOS. *Manual de Normas e Condutas do Ambulatório, Hospital-Dia do Hospital Nereu Ramos*. Florianópolis : Mimeo, 1997, 49p.
7. HOSPITAL NEREU RAMOS. *Hospital Nereu Ramos: Resultados Alcançados 1997*. Florianópolis : Mimeo, 1998. 24p.
8. LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro de. *Avaliação do processo de introdução e de*

*implementação das terapias anti-retrovirais para pessoas com HIV/AIDS no Brasil.*  
Florianópolis : Mimeo, 1998, 23p.

9. MUNHOZ, Dércio Garcia. *Economia aplicada: técnicas de pesquisa e análise econômica.* Brasília : UnB, 1989, 300p.
10. PARKER, Richard et alli (org). *A AIDS no Brasil: 1982-1992.* Rio de Janeiro : ABIA; IMS-UERJ; RELUME; DUMARÁ, 1994, 360p.
11. PARKER, Richard G. *Aspectos antropológicos da epidemia do HIV/AIDS no Brasil.*  
In: "A Epidemia da AIDS no Brasil: Situação e Tendências". Brasília : Ministério da Saúde. Simpósio Satélite. 1997. Página [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), em 30/01/99 - 18h30min.
12. PINDYCK, Robert S.; RUBINFELD, Daniel L. *Microeconomia.* São Paulo : Makron Books, 1994, 968p.
13. PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães (org). *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão de Saúde.* Brasília : IPEA, 1995, 293p.
14. RACHID, Márcia; SCHECHTER, Mauro. *Manual de HIV/AIDS.* 3 ed. Rio de Janeiro : Revinter, 1998, 182p.
15. SAMUELSON, Paul Anthony. *Fundamentos da análise econômica.* São Paulo : Nova Cultural, 1997, 382 p.
16. SANTA CATARINA. *AIDS em Santa Catarina.* Florianópolis : Secretaria de Estado da Saúde - Gerência de DST/AIDS. 1998.
17. SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde, Portaria n.º 1076/SES de 01/12/97, Florianópolis : Diário Oficial do Estado, 07/12/97.

***ANEXOS***

# CIEFAS/SC

## LISTA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES.

### I – DIÁRIAS

#### 1 – UNIDADES DE INTERNAÇÃO.

DIÁRIA DE APARTAMENTO TIPO A	R\$	72,11
DIÁRIA DE APARTAMENTO TIPO B	R\$	63,28
DIÁRIA DE APARTAMENTO TIPO C	R\$	59,81
ENFERMARIA	R\$	22,00
BERÇÁRIO NORMAL (quando existir impossibilidade do recém-nascido permanecer no alojamento conjunto)	R\$	15,00
BERÇÁRIO PATOLÓGICO	R\$	30,00
UTI	R\$	98,00

#### 2 – OBSERVAÇÕES

INCLUÍDOS NO PREÇO DA DIÁRIA \*

a) Aposentos.

b) As ligações telefônicas locais nas acomodações que possuírem telefone.

c) Dieta normal progressiva (líquida, branda e normal) de acordo com o cardápio.

\* ACOMODAÇÃO DE ACOMPANHANTE

- d) Café da manhã do acompanhante.
- e) Cuidados de enfermagem.

### **NÃO ESTÃO INCLUÍDOS NO PREÇO DA DIÁRIA**

- a) Refeições de acompanhante e pedidos extras.
- b) Serviço de enfermagem particular por solicitação individual.
- c) Sangue, medicamentos, materiais descartáveis e outros.
- d) Uso de salas especiais cirúrgicas e outras.
- e) Honorários Médicos.
- f) Exames complementares de diagnóstico e terapêutica.
- g) Ligações interurbanas.
- h) Gasoterapia.
- i) Material de expediente.
- j) Dietas especiais para o Paciente-Dietoterapia.
- k) Outros serviços extras.

### **PERÍODO DA DIÁRIA.**

O período é indivisível de até 24 horas.

## **II – TAXAS DE USO DAS DEPENDÊNCIAS**

### **1 – SALAS CIRÚRGICAS -**

	<b>A</b>	<b>B</b>
Porte 1	R\$ 28,60	R\$ 22,00
Porte 2	R\$ 53,33	R\$ 41,03
Porte 3	R\$ 76,07	R\$ 58,52
Porte 4	R\$ 95,38	R\$ 73,37
Porte 5	R\$ 114,40	R\$ 88,00
Porte 6	R\$ 148,72	R\$ 114,40
Porte 7	R\$ 185,90	R\$ 143,00
CENTRO OBSTÉTRICO	R\$ 48,75	R\$ 37,50

### **1 – OBSERVAÇÕES**

Nos hospitais: IC, HGCR, HRHMG e HIJG serão remuneradas as salas padrão A, de acordo com o porte anestésico.

## **2 – TAXA DE AMBULATÓRIO OU PRONTO SOCORRO**

Sala de Gesso	R\$ 6,00
Sala de Observação (até 6 horas)	R\$ 6,00
Sala de Recuperação pós cirurgia	R\$ 6,00

## **3 – SERVIÇO ADMINISTRATIVO**

Taxa de internação e fornecimento de copia de documento	R\$ 5,92
---	----------

## **4 – SALA DE EXAMES E TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS**

Quimioterapia, p/Sessão	R\$ 6,00
Hemodinâmica, p/Sessão	R\$ 150,60
Endoscopia	R\$ 11,86
Hemodiálise	R\$ 11,86
Fototerapia, por dia	R\$ 6,00

## **III – GASOTERAPIA**

Oxigênio para nebulização, 15 minutos	R\$ 0,83
Oxigênio sob-cateter, em todos os setores, por hora	R\$ 1,98
Oxigênio Respirador (UTI e Centros Cirúrgicos), por hora	
*Adulto	R\$ 5,28
*Pediátrico	R\$ 3,30
*Neo-Natal	R\$ 2,64
Oxido Nitroso/Protóxido de Azoto, por hora	R\$ 5,40
Ar comprimido (quando cobrar oxigênio, não cobrar ar comprimido ou pagar ambos pela metade).	
Gás Carbônico 1kg = 489 litros, por procedimento	R\$ 3,00

## **IV- MEDICAMENTOS, MATERIAIS ESPECIAIS, ÓRTESES E PRÓTESES**

- 1 – Os Medicamentos e Materiais conforme Brasíndice, preço do fabricante com 20% de acréscimo, ou preço do consumidor com 16% de desconto.
- 2 – Os Medicamentos e Materiais que não constam do Brasíndice, conforme preços de mercado na data da administração.
- 3 – Materiais Especiais, Órteses e Próteses, com prévia autorização da contratante, conforme listas de preços no mercado, negociados e pagos diretamente aos fornecedores.

## **V – HONORÁRIOS MÉDICOS**

- 1 – Os Honorários Médicos serão pagos diretamente aos profissionais, de acordo com Tabela CIEFAS/AMB, sendo o CH de 0,25.

## **VI - REMOÇÃO**

Remoção por ambulância, primeiros 20 kms	RS	23,73
Remoção por ambulância, além do 20 kms iniciais, por km rodado	RS	1,17