

FUNDAÇÃO ESCOLA DE COMÉRCIO ÁLVARES PENTEADO
CENTRO UNIVERSITÁRIO ÁLVARES PENTEADO
MESTRADO EM CONTROLADORIA E CONTABILIDADE ESTRATÉGICA

UMA CONTRIBUIÇÃO À ANÁLISE DOS
MÉTODOS DE CUSTEIO APLICADOS
ÀS ATIVIDADES HOSPITALARES

ANA CRISTINA PEREIRA

SÃO PAULO

2002

FUNDAÇÃO ESCOLA DE COMÉRCIO ÁLVARES PENTEADO
CENTRO UNIVERSITÁRIO ÁLVARES PENTEADO
MESTRADO EM CONTROLADORIA E CONTABILIDADE ESTRATÉGICA

ANA CRISTINA PEREIRA

Dissertação apresentada ao Centro Universitário Álvares Penteado da Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado - UNIFECAP, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Controladoria e Contabilidade Estratégica.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Robles Júnior

São Paulo

2002



FUNDAÇÃO ESCOLA DE COMÉRCIO ÁLVARES PENTEADO-FECAP

Presidente Honorário FECAP - Silvio Álvares Penteado Neto

Presidente do Conselho de Curadores: Horácio Berlinck Neto

Membros do Conselho:

Abram Abe Szajman

Antonio Carlos de Salles Aguiar

Ester de Figueiredo Ferraz

Flávio Fava de Moraes

Mário Amato

Paulo Ernesto Tolle

Diretor Superintendente: Marcelo Freitas Camargo

Diretor Institucional: José Joaquim Boarin

Diretor Administrativo-Financeiro: Roberto Uchôa Alves de Lima

Diretor Acadêmico: Manuel José Nunes Pinto

CENTRO UNIVERSITÁRIO ALVARES PENTEADO

Reitor: Prof. Manuel José Nunes Pinto

Vice-Reitor: Prof. Luiz Fernando Mussolini Júnior

Pró-reitor de Extensão: Prof. Dr. Fábio Appolinário

Pró-reitor de Graduação: Prof. Jaime de Souza Oliveira

Pró-reitora de Pós-graduação: Profª. Drª Maria Sylvia Macchione Saes

Coordenadora do Curso de Mestrado em Controladoria e Contabilidade Estratégica: Profª. Drª. Nena Geruza Cei

FICHA CATALOGRÁFICA

Pereira, Ana Cristina
P436c Uma contribuição à análise dos métodos de custeio aplicados às atividades hospitalares
Ana Cristina Pereira – São Paulo, Unifecap, 24.10.2002
p.195

Orientador(a): Prof. Dr. Antonio Robles Júnior

Dissertação (mestrado) – Centro Universitário Álvares Penteado da
Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado – Unifecap – Mestrado em
Controladoria e Contabilidade Estratégica

1. Contabilidade de Custos 2. Atividades Hospitalares

CDD 657.42

FUNDAÇÃO ESCOLA DE COMÉRCIO ÁLVARES PENTEADO
CENTRO UNIVERSITÁRIO ÁLVARES PENTEADO
MESTRADO EM CONTROLADORIA E CONTABILIDADE ESTRATÉGICA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Membros da Comissão Julgadora da Dissertação de Mestrado de **ANA CRISTINA PEREIRA**, apresentada ao Centro Universitário Álvares Penteado da Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado – UNIFECAP, em 24/10/2002.

COMISSÃO JULGADORA:

Prof. Dr. Welington Rocha
Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade
Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Ivam Ricardo Peleias
Centro Universitário Álvares Penteado - UNIFECAP

Prof. Dr. Antônio Robles Júnior
Centro Universitário Álvares Penteado - UNIFECAP
Professor Orientador – Presidente da Banca Examinadora

Dedico este trabalho:

*à minha mãe Maria Albertina,
pelo exemplo de coragem e perseverança.*

*Ao meu pai Angelino,
pelo exemplo de dignidade e honestidade.*

*Para Marcelo,
pelo amor dedicado e incentivo constante.*

***“Qualquer coisa que
você possa fazer ou sonhar,
você pode começar.”***

Goethe

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar sempre ao meu lado, permitindo-me cumprir minha missão nesta vida.

Ao Professor Doutor Antonio Robles Júnior, pelos ensinamentos e orientações transmitidos para a realização deste trabalho.

Aos Professores Doutores Welington Rocha e Ivam Ricardo Peleias, pelas relevantes contribuições prestadas por ocasião do exame de qualificação e da defesa pública.

À toda direção do Centro Universitário Álvares Penteado da Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado - UNIFECAP, em especial a Professora Doutora Nena Geresa Cei, pela determinação em tornar o curso de Mestrado em Controladoria e Contabilidade Estratégica uma realidade.

Aos Professores Doutores Anísio Cândido Pereira, Cláudio Parisi, João Bosco Segretti, José Luiz de Castro Neto e Wilson Toshiro Nakamura, pelos conhecimentos transmitidos nas disciplinas do programa de Mestrado.

A Célia Vegas secretária do programa de Mestrado, pelo incentivo e apoio.

A todos os colegas do mestrado pela convivência e troca de idéias. Em especial, a Angela Sofia Ferrari Nunes pela amizade sincera e por todas as horas de estudo e reflexão.

A enfermeira Valéria Antônia Pereira (minha irmã), pelo apoio, incentivo e também pela colaboração no desenvolvimento do Capítulo 5 – Aplicação prática dos métodos de custeio.

Agradeço a Leonida Rosa da Silva, minha grande amiga e irmã, por ter sempre e acima tudo acreditado em mim.

Também agradeço minha irmã Angela Regina Pereira Silva pelo carinho e incentivo.

Agradeço os senhores Reinaldo Martinho e Antonio Carlos Zanineti, da empresa CCSC Serviços S/C Ltda do Grupo Camargo Corrêa S/A, pelo incentivo e compreensão, para que eu pudesse dar prosseguimento neste trabalho.

Aos meus amigos Walter Daniel Lemes Filho e Angela Regina Toledo Calvo pela amizade e sugestões feitas para a realização deste trabalho.

Ao Professor Hamilton Sérgio Machado pela oportunidade de ingressar na carreira docente. As Professoras Cláudia Raffa Galvão e Renata Gomes Vicentin, atuais coordenadoras dos cursos de Administração de Empresas e Administração Hospitalar da União Social Camiliana – Centro Universitário São Camilo, pela confiança depositada.

A todos aqueles que aqui não mencionei, mas que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho. Muito obrigado.

SUMÁRIO

Lista de Figuras.....	xiii
Lista de Quadros.....	xiv
Lista de Tabelas.....	xvi
Resumo.....	xvii
Abstract.....	xviii

Capítulo 1 – Introdução e Plano para realização do trabalho

1.1	Introdução.....	001
1.2	Justificativa e premissas consideradas.....	004
1.2.1	Justificativa.....	004
1.2.2	Premissas consideradas.....	005
1.3	Objetivo.....	008
1.4	Caracterização do problema e hipótese considerada	009
1.4.1	Caracterização do problema.....	009
1.4.2	Hipótese considerada.....	010
1.5	Estrutura metodológica utilizada.....	012
1.5.1	Delimitação do tema.....	012
1.5.2	Método de pesquisa.....	013

Capítulo 2 – Sistemas de Saúde

2.1	Visão atual do cenário de saúde brasileiro.....	018
2.2	Sistema Único de Saúde (SUS).....	021
2.3	Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).....	027
2.4	Sistemas Alternativos de Saúde ou Sistemas Privados	029
2.4.1	Medicina de Grupo.....	030

2.4.2	Seguro Saúde.....	032
2.4.3	Empresas de Auto Gestão.....	034
2.4.4	Cooperativas Médicas.....	035
2.4.5	Regulamentação dos Planos de Saúde.....	036
2.5	Definição do prestador de serviço médico: Hospital....	040
2.5.1	Definições.....	040
2.5.2	Missão, Crenças e Valores.....	040
2.5.3	Breve histórico das Instituições Hospitalares.....	044
2.5.4	Estrutura organizacional de um hospital.....	045
2.5.5	Infra-estrutura.....	047

Capítulo 3 – Fundamentos de Custos

3.1	A Contabilidade.....	049
3.1.1	Definição e finalidade da Contabilidade.....	050
3.1.2	Contabilidade Financeira e Contabilidade Gerencial....	052
3.2	Contabilidade de Custos.....	058
3.3	Terminologia e conceitos de custos.....	065
3.3.1	Os conceitos de despesas e custos.....	065
3.3.2	Classificação dos Custos quanto ao objeto de custo.....	067
3.3.3	Classificação dos Custos quanto ao volume.....	070
3.3.4	Critérios de alocação.....	072
3.4	Sistemas de Acumulação de Custos, Métodos de Cus- teio e Sistemas de Custeio.....	074
3.4.1	Sistemas.....	074
3.4.2	Sistemas de Informações.....	078
3.4.3	Sistema Geral de Contabilidade de Custos.....	079
3.4.4	Sistema de Acumulação de Custos.....	080
3.4.5	Métodos de Custeio.....	082
3.4.5.1	Custeio Integral ou Pleno.....	084
3.4.5.2	Custeio por Absorção.....	085
3.4.5.3	Custeio Baseado em Atividades (ABC – <i>Activity Based Costing</i>).....	088

3.4.5.4	Custeio Variável.....	093
3.4.6	Sistemas de Custeio.....	097
3.4.6.1	Sistemas de Custeio baseado em dados reais ou históricos.	097
3.4.6.2	Sistemas de Custeio baseado em dados estimados ou predeterminados.	098

Capítulo 4 – Aplicabilidade dos conceitos de custos numa instituição hospitalar

4.1	Aplicabilidade dos conceitos de custos numa instituição hospitalar.....	104
4.2	Sistemas de Custos numa instituição hospitalar.....	105
4.2.1	Sistemas de acumulação de custos.....	105
4.2.2	Métodos de custeio.....	107
4.2.2.1	Classificação dos custos numa instituição hospitalar....	108
4.2.2.2	Centros de Custos.....	110
4.2.2.3	Critérios de alocação.....	111
4.2.2.4	Metodologias de alocação de custos indiretos: alocação direta, sequencial e recíproca.....	113
4.2.3	Sistemas de Custeio.....	115
4.2.3.1	O Custo-padrão nas instituições hospitalares.....	116

Capítulo 5 – Aplicação prática dos métodos de custeio

5.1	Descrição do exemplo.....	126
5.1.1	Objeto de Custo.....	127
5.1.2	Estrutura organizacional.....	128
5.2	Aplicação do Método de Custeio por Absorção.....	132
5.2.1	Centros de Custos.....	132
5.2.2	Custos com Mão-de-obra.....	133
5.2.3	Custos com Materiais.....	134
5.2.4	Outros Custos.....	136

5.2.5	Critérios de rateio.....	137
5.2.6	Etapas da aplicação do Método de Custeio por Absorção	137
5.2.7	Resultado final – Método de Custeio por Absorção.....	142
5.3	Aplicação do Método de Custeio Baseado em Atividades (ABC – <i>Activity Based Costing</i>).....	143
5.3.1	Hierarquia das atividades.....	145
5.3.2	Definição do objeto de custo.....	147
5.3.3	Direcionadores de custos (<i>cost drivers</i>).....	149
5.3.4	Resultado final – Método de Custeio Baseado em Atividades.....	155
5.4	Aplicação do Método de Custeio Variável.....	158
5.4.1	Resultado final – Método de Custeio Variável.....	159
5.5	Comparação entre os métodos de custeio.....	160
6.	Considerações Finais e sugestões.....	168
Anexo A	Dados físicos e estatísticos	172
Anexo B	Planilha de rateio dos custos comuns aos Centros de Custos Finais, de Apoio e Administrativos.....	173
Anexo C	Resumo dos centros de custos após alocação dos custos comuns	174
Anexo D	Planilha para demonstração do consumo de serviços pelos centros de custos em porcentagem.....	175
Anexo E	Planilha de matrizes para distribuição recíproca dos gastos entre os centros de custos.....	176
Anexo F	Planilha de alocação dos custos dos Centros de Custos de Apoio e Administrativos para os Centros de Custos Finais.....	177
Anexo G	Classificação dos Custos dos Centros de Custos Finais em fixos e variáveis	178
Anexo H	Mapa do sub-processo: Cirurgia.....	179
	Bibliografia.....	180

LISTA DE FIGURAS

nº figura	Legenda	Página
Figura 2.1	Distribuição no mercado por tipo de prestadora de serviço na área de saúde.....	029
Figura 2.2	Proporção de utilização dos serviços públicos e privados de saúde.....	030
Figura 2.3	Organograma hospitalar.....	046
Figura 3.1	Posição da Contabilidade de Custos dentro do ambiente da Contabilidade Geral.....	062
Figura 3.2	Sistema físico-operacional.....	063
Figura 3.3	Resumo do relacionamento dos termos de custo.....	068
Figura 3.4	Representação gráfica de um sistema.....	075
Figura 3.5	Representação gráfica de um exemplo da interação entre empresa, área de responsabilidade, atividades, evento e transação.....	077
Figura 3.6	Estrutura básica de um Sistema de Contabilidade de Custos.....	080
Figura 3.7	Representação gráfica do fluxo dos custos e despesas no custeio por absorção.....	087
Figura 3.8	Consumo das atividades pelos produtos.....	091
Figura 3.9	Representação gráfica do fluxo dos custos e despesas no custeio variável	095
Figura 3.10	Gastos totais versus métodos de custeio.....	096
Figura 4.1	Etapas no processo de alocação de gastos	113
Figura 4.2	Centros de Custos de Apoio e Finais – reciprocidade de prestação de serviços.....	115
Figura 5.1	Estrutura organizacional da instituição hospitalar do exemplo.....	128

LISTA DE QUADROS

nº quadro	Legenda	Página
Quadro 2.1	Pesquisa do Perfil das empresas de Autogestão	035
Quadro 3.1	Visão da Contabilidade Gerencial e sua área de abrangência	055
Quadro 3.2	Funções da informação gerencial contábil	056
Quadro 3.3	Comparação entre a Contabilidade Gerencial e Contabilidade Financeira	057
Quadro 4.1	Exemplo de critérios de alocação de gastos numa instituição hospitalar.....	112
Quadro 5.1	Custos com mão-de-obra.....	134
Quadro 5.2	Custos com materiais.....	135
Quadro 5.3	Custos comuns.....	136
Quadro 5.4	Outros custos.....	138
Quadro 5.5	Centros de Custos Finais.....	141
Quadro 5.6	Centros de Custos Finais – custos unitários.....	142
Quadro 5.7	Processos e sub-processos.....	147
Quadro 5.8	Sub-processos e atividades.....	148
Quadro 5.9	Recursos de mão-de-obra sub-processos Internação e Centro Cirúrgico.....	150
Quadro 5.10	Direcionadores de Recursos e Atividades relevantes Sub-processos Internação e Centro Cirúrgico.....	151
Quadro 5.11	Alocação das atividades dos sub-processos Internação e Cirurgia para o objeto de custo.....	152
Quadro 5.12	Atividades relevantes e custos das atividades Processos de Suporte à Assistência Médica e Suporte Administrativo e de Manutenção.....	153
Quadro 5.13	Direcionadores de Recursos e Atividades relevantes Processos de Suporte à Assistência Médica e Suporte Administrativo e Manutenção.....	154

Quadro 5.14 Alocação das atividades dos processos de Suporte à Assistência Médica e Suporte Administrativo e Manutenção.....	155
Quadro 5.15 Custo da Intervenção Cirúrgica – Método de Custeio Baseado em Atividades.....	155
Quadro 5.16 Custeio Variável – Centro Cirúrgico.....	159
Quadro 5.17 Comparação entre os métodos de custeio.....	161

LISTA DE TABELAS

nº Tabela	Legenda	Página
Tabela 2.1	Tabela de assistência ao parto do Ministério da Saúde – 17/01/01.....	023
Tabela 2.2	Estrutura para atendimento do segmento de Medicina de grupo.....	032

RESUMO

A abertura e a estabilização da economia tem provocado entre as empresas uma competição acirrada, assim estas se vêem as voltas com o problema de garantir a sua sobrevivência. Naturalmente nesta realidade também estão inseridas as instituições hospitalares.

A garantia de sobrevivência de uma empresa está atrelada aos resultados positivos que esta alcança. Os resultados de uma empresa estão diretamente relacionados a um conjunto de decisões tomadas pelos gestores.

O processo de tomada de decisões abrange as etapas de planejamento, execução e controle. O controle adequado de custos pode conduzir à consecução adequada do planejamento previamente estabelecido, obtendo-se assim os resultados positivos necessários à sobrevivência da empresa.

Assim este trabalho pretende contribuir para uma análise da Contabilidade de Custos, delimitando o estudo aos métodos de custeio e sua aplicabilidade nas instituições hospitalares.

O trabalho apresenta um panorama geral dos sistemas de saúde, os fundamentos da Contabilidade de Custos e a caracterização destes conceitos em uma instituição hospitalar.

É apresentado um exemplo da aplicação das metodologias de custeio por absorção, custeio baseado em atividades e custeio variável e sobre as quais realizou-se uma reflexão. Entretanto o trabalho não é exaustivo, pronto e acabado podendo receber novas contribuições de outros pesquisadores.

ABSTRACT

The opening and stabilization of the economy has caused fierce competition to arise between companies, which, therefore, are faced with the problem of how to manage to survive. Naturally, health institutions are also part of this reality.

A company's survival guarantee is dependent upon the good results it shows. A company's results are directly related to a whole set of decisions made by the management.

The decision-making process comprehends the phases of planning, execution and control. Adequate cost control can lead to the achievement of the previously agreed planning, thus allowing the good results which are necessary for the company's survival to be attained.

Thus, this thesis is intended for contributing to an analysis of Cost Accounting, limiting the study to the methods of costing and their applicability to health institutions.

The thesis presents a panorama of the health systems, the fundamentals of Cost Accounting and the characterization of these concepts in a health institution.

An example of the application of the methodologies of costing by absorption, costing based in activities and variable costing, on which a reflection has been made, is given. The thesis, however, is not meant to be fully comprehensive and finished, allowing further contributions from other researchers to be made.

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO E PLANO PARA REALIZAÇÃO DO TRABALHO

1.1 INTRODUÇÃO

A crescente globalização gerou um aumento acentuado da concorrência entre as empresas. Naturalmente, não foi diferente no segmento da assistência médica. No Brasil, por exemplo, houve uma maior possibilidade de realização de cirurgias e tratamentos no exterior e entrada de grupos estrangeiros de sistemas alternativos de saúde.

A garantia de continuidade de uma empresa é condicionada aos resultados obtidos, ou seja, à obtenção de lucro. Os resultados de uma empresa estão diretamente relacionados a um conjunto de decisões tomadas pelos gestores. A qualidade das decisões depende de um suporte adequado de informações.

O processo de tomada de decisões abrange as etapas de planejamento, execução e controle.

O planejamento consiste no ato de tomar decisões antecipadamente à ocorrência dos eventos reais, requerendo para isso, a escolha de uma entre várias alternativas de ações possíveis. A execução é a etapa em que as ações são desenvolvidas em consonância com o planejamento. O controle é a comparação entre os resultados obtidos em confrontação com os resultados anteriormente planejados. Através do controle é possível verificar a causa dos possíveis desvios e corrigir os planos.

Dentre estas variáveis, encontramos os custos. O controle adequado dos custos pode conduzir à consecução adequada do planejamento

previamente estabelecido, obtendo-se assim os resultados positivos necessários à sobrevivência da empresa.

Alguns autores relacionados neste trabalho indicam que poucas instituições hospitalares controlam seus custos de forma adequada. Por outro lado, alguns fatores têm colaborado para que os gestores procurem implementar estruturas de custos eficientes, de modo que sejam capazes de tomarem decisões lógicas e consistentes com os objetivos da instituição hospitalar.

Os aumentos significativos dos gastos com assistência médica são apontados para justificar a explosão dos custos médicos tais como a utilização, cada vez mais freqüente, de procedimentos técnicos realizados em hospitais (diálise, quimioterapia, radiologia diagnóstica e intervencionista, radioterapia, transplante de órgãos..), a disseminação das unidades de terapia intensiva e o número de exames laboratoriais. Também o aumento da vida média da população (maior número de idosos) tem colaborado para aumentar a demanda por serviços de saúde.

A contabilidade de custos, numa instituição hospitalar adaptada à sua estrutura organizacional, crenças e valores, poderá indicar como serão acumulados os custos (sistema de acumulação de custos), quais serão os gastos considerados na apuração do custo (método de custeio) e como serão mensurados (real, estimado ou custo-padrão).

Através de um sistema de custos é possível verificar qual a contribuição de cada serviço prestado (procedimentos médicos), ou por agentes de financiamento (SUS ou Convênios), ou por áreas (centros de custos) para a cobertura de seus custos fixos.

A análise das relações custo-volume-lucro é importante para simular os impactos gerados pelas alterações nos itens de volume de atendimento, custos variáveis e custos fixos, permitindo aos gestores tomada de decisões como, por exemplo, atender ou não um acréscimo na demanda por um procedimento hospitalar, ou ainda, para verificar a viabilidade de manter negociações ou não com um determinado agente de financiamento.

Revela-se então que a existência de um sistema de custos adequadamente construído, ou seja, que levou em conta aspectos estruturais, organizacionais e culturais, subsidia a instituição hospitalar para negociações, implementação de outros procedimentos, e outros, ou seja, uma gama variada de decisões que podem direcionar a instituição na obtenção de uma lucratividade que garanta a sua continuidade.

O presente trabalho pretende contribuir para uma análise mais profunda da contabilidade de custos, entretanto, está delimitado o estudo aos métodos de custeio e sua aplicabilidade nas instituições hospitalares.

1.2 JUSTIFICATIVA E PREMISSAS CONSIDERADAS

1.2.1 - Justificativa

Um dos aspectos encontrados no estudo prévio para desenvolvimento desta dissertação, é o de que, na realidade, muitas instituições hospitalares desconhecem a sua estrutura de custos, necessária à formação de preços e conseqüentemente a negociações entre a instituição e os agentes de financiamento, que incluem, além dos pacientes particulares, o sistema público de saúde (Sistema Único de Saúde – SUS) e o sistema particular de saúde, constituído das empresas seguradoras, de autogestão, cooperativas médicas e de medicina de grupo.

Na revisão da literatura encontram-se autores confirmando este aspecto:

“Infelizmente, encontramos práticas de gestão atrasadas em decorrência dos donos, médicos, pouco versados e sem formação nesta área. Quando vamos para a área de custos destas organizações, a situação é ainda pior. Encontramos pessoal egresso das indústrias tentando repetir o mesmo modelo de custos de 10 ou 15 anos atrás.” (CHING, 2000:9)

“A título de esclarecimento, em muitas instituições hospitalares o nível de montagem do sistema de custos não ultrapassa a apuração dos custos setoriais dentro do modelo sugerido pelo extinto CIP (Conselho Interministerial de Preços). Através dessa apuração setorial, ocorrem ainda, às vezes, alguns

ensaios de avaliação de resultado por área, limitando-se a isso.” (BEULKE & BERTÓ, 2000:40)

Outro aspecto que justifica o presente trabalho é o de contribuir para um estudo mais aprofundado dos aspectos e peculiaridades dos custos hospitalares, tendo em vista a escassa literatura existente atualmente no Brasil.

“O desconhecimento do custo dos programas de saúde em seus diferentes níveis precariza a medida de sua eficácia. No caso das unidades de saúde (pública e privada) o desconhecimento quanto aos métodos de determinação de custo é praticamente universal. No país existe reduzida bibliografia sobre o tema, restringindo-se a discussões fechadas sobre o tema em espaços específicos de estudos, quase sempre restritos à própria área; as publicações de outras áreas, tanto econômica, quanto administrativa e contábil, carece de maior divulgação e mesmo maior amplitude de aplicação, necessária para testar sua adequação e generalização como instrumento válido de gestão.” (CARPINTÉRO, 1999:12-13)

1.2.2 – Premissas Consideradas

Segundo SEVERINO (2000:191) “O discurso científico é fundamentalmente raciocínio, ou seja, um encadeamento de juízos feito de acordo com certas leis lógicas que presidem a toda atividade do pensamento humano”.

Desta forma, o raciocínio consiste em obter um novo conhecimento a partir de um antigo, ou seja, numa primeira etapa se tem algum conhecimento, que se encaminha para a aquisição de outro conhecimento.

“A relação lógica de conhecimentos prévios a conhecimentos até então não afirmados é uma relação de consequência.” (SEVERINO, 2000:192)

O raciocínio classifica-se basicamente em duas grandes formas: a dedução e a indução. Neste trabalho serão considerados alguns pressupostos que nortearão o desenvolvimento do mesmo, assim o raciocínio será dedutivo, pois haverá antecedentes plenamente inteligíveis, através dos quais chegar-se-á a um consequente menos universal.

As premissas a partir do qual o presente trabalho será desenvolvido são:

- 1) uma das funções da Contabilidade é prover informação útil para a tomada de decisões econômicas, aplicando-se a qualquer entidade, e a decisão sobre o que é útil ou não depende do tipo de usuário da informação, desta forma abrem-se duas ramificações: o da Contabilidade Financeira e o da Contabilidade Gerencial. (IUDÍCIBUS, 2000:20)
- 2) segundo IUDÍCIBUS (1986:249) apud PELEIAS (1992:13) “uma das funções da Contabilidade Gerencial consiste em fornecer informações hábeis para a avaliação dos desempenhos. Este desempenho pode ser considerado não somente em relação à apuração de resultados por produto ou serviço, mas envolve uma apreciação de “quão bem” se houveram os vários setores da empresa em relação às metas previstas”.

- 3) A Contabilidade de Custos inserida na Contabilidade Gerencial serve de instrumento para análise da riqueza agregada aos recursos consumidos no processo produtivo. Cada atividade gera uma parcela dessa riqueza e estas caracterizam-se pelo processamento de certos recursos para a geração de produtos ou serviços. (CATELLI, 2001:226)
- 4) A Contabilidade de Custos tem duas funções relevantes: de auxílio ao controle e de auxílio na tomada de decisões. (MARTINS, 2000:22)
- 5) O sistema de acumulação de custos está atrelado ao processo produtivo da empresa e de seu ciclo operacional, o método de custeio define como deve ser feito o custeio dos serviços e bens produzidos e as formas de mensuração dos custos são a opção da mensuração dos elementos obtidos no sistema de acumulação e pelo método de custeio adotado. (PADOVEZE, 2000:226)

As premissas apresentadas servem de ponto de partida para o presente estudo e são assumidas como verdades a partir das quais, haverá o desenvolvimento deste trabalho.

Os conceitos aqui expostos, assumidos como premissas, são amplamente aceitos e inteligíveis e através destes pretende-se chegar a um conseqüente menos universal, ou seja, da sua aplicabilidade ou não em instituições hospitalares.

1.3 OBJETIVO

A partir das justificativas, o objetivo principal deste trabalho é o de contribuir para uma análise dos métodos de custeio identificando sua aplicabilidade nas instituições hospitalares.

Os objetivos específicos são:

- identificar o método mais adequado para custear os serviços e procedimentos hospitalares;
- demonstrar a relevância da Contabilidade de Custos como suporte para tomada de decisões pelos gestores hospitalares;

Espera-se que esta dissertação contribua para identificar e caracterizar a aplicabilidade da Contabilidade de Custos em instituições hospitalares.

1.4 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA E HIPÓTESE CONSIDERADA

1.4.1 – Caracterização do Problema

A caracterização do problema indica exatamente qual a dificuldade que se pretende resolver, permitindo assim direcionar os esforços dentro do tema proposto.

RUDIO (1978:75) apud LAKATOS & MARCONI (1992:161) define “Formular o problema consiste em dizer, de maneira explícita, clara, compreensível e operacional, qual a dificuldade com a qual nos defrontamos e que pretendemos resolver, limitando o seu campo e apresentando suas características. Desta forma, o objetivo da formulação do problema é torná-lo individualizado, específico, inconfundível.”

Segundo SEVERINO (2000:184) “O problema é formulado sob a forma de uma enunciação de determinado tema, proposta de maneira interrogativa, pressupondo, portanto, pelo menos uma alternativa como resposta: é assim ou de outra maneira ? Ou seja, pressupõe sempre a ruptura de harmonia existente numa afirmação assertiva.”

Partindo-se do assunto e das premissas consideradas, o problema a ser respondido por esta dissertação é:

a) embora a escolha de um método de custeio por uma empresa esteja intrinsecamente vinculado aos custos considerados na apuração destes, é

possível determinar qual o método mais adequado para custear os serviços ou procedimentos hospitalares ?

b) qual o determinante para considerar que um método de custeio seja adequado, no âmbito hospitalar ?

1.4.2 – Hipótese considerada

CERVO & BERVIAN (1996:26) menciona que “Em termos gerais, a hipótese consiste em supor conhecida a verdade ou explicação que se busca. Em linguagem científica, a hipótese equivale habitualmente, à suposição verossímil, depois comprovável ou denegável pelos fatos, os quais não de decidir em última instância, sobre a verdade ou falsidade dos fatos que se pretende explicar.”

Assim, as hipóteses desempenham a função prática de orientar o pesquisador na condução de seu trabalho e a função teórica, ao permitir que se coordene e complete os resultados já obtidos, agrupando-os num conjunto de fatos, a fim de facilitar a sua inteligibilidade e estudo.

“Praticamente, não há regras para descobrir as hipóteses. Não se descobrem, também, por obra do acaso, mas são fruto do gênio científico. Há, contudo, certas condições que ajudam na descoberta: o próprio curso da pesquisa, a analogia, a dedução e as reflexões.” (CERVO & BERVIAN, 1996:26)

A hipótese não deve contradizer nenhuma verdade já aceita, ou explicada, deve ser simples, sugerida e verificável pelos fatos, deve apresentar uma relação entre a causa (princípio – idéia mais geral) e o efeito

(conseqüência – idéia menos geral), caracterizada em sua formulação e representada pela relação se... então...

A hipótese considerada é:

Se é possível determinar um método adequado de custeamento dos serviços ou procedimentos hospitalares, então o que determina que este seja considerado adequado é que o mesmo é capaz de gerar informação útil para subsidiar a tomada de decisão pelos gestores.

Segundo GIL apud PELEIAS (1999:15), a hipótese de pesquisa é aplicável, pois contém as seguintes características que permitem a sua aplicabilidade:

- a) é possível demonstrá-la de forma conceitualmente clara, através da utilização de termos e conceitos claramente definidos;
- b) admite-se que é específica, caracterizando o que de fato se pretende verificar;
- c) a proposição considera a existência de referências empíricas para o teste de sua validade, e não envolve julgamentos de valor;
- d) está colocada de forma parcimoniosa – condição essencial para sua adequada explicitação;
- e) está relacionada às técnicas de pesquisa científica disponíveis – para que possa ser empiricamente testada;
- f) está relacionada aos conceitos fundamentais de Custos.

1.5 ESTRUTURA METODOLÓGICA UTILIZADA

1.5.1 Delimitação do Tema

SALVADOR (1980:46-48) apud LAKATOS & MARCONI (1992:45), menciona que a delimitação do tema implica em distinguir o sujeito e o objeto da questão.

O sujeito é a realidade a respeito da qual se deseja saber alguma coisa e o objeto de um assunto é o tema propriamente dito.

Para LAKATOS & MARCONI (1991:162) “delimitar a pesquisa é estabelecer limites para a investigação. A pesquisa pode ser limitada em relação:

- a) ao assunto – selecionando um tópico, a fim de impedir que se torne muito extenso ou muito complexo;
- b) a extensão – porque nem sempre se pode abranger todo o âmbito onde o fato se desenrola;
- c) a uma série de fatores – meios humanos, econômicos e de prazo – que podem restringir o campo de ação.”

Os objetos de estudo serão os métodos de custeio por absorção, custeio baseado em atividades e custeio variável, delimitando sua aplicabilidade nas instituições hospitalares.

1.5.2 Método de Pesquisa

A palavra método origina-se do grego *méthodos* – meta: objetivo, odo: caminho, ou seja, caminho pelo qual se chega a um resultado, ainda que esse caminho não tenha sido fixado de antemão de modo deliberado e refletido.

O método científico quer descobrir a realidade dos fatos e esses, ao serem descobertos, devem, por sua vez, guiar o uso do método. O método é apenas um meio de acesso: só a inteligência e a reflexão descobrem o que os fatos realmente são. (CERVO & BERVIAN, 1996:21)

O método é um conjunto de atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo, traçando o caminho a ser seguido, destacando erros e auxiliando as decisões do pesquisador. As técnicas são os instrumentos e meios utilizados para o levantamento e registro do material necessário à redação do trabalho. (PELEIAS, 1999:16)

O método de pesquisa utilizado é o originalmente proposto por POPPER (1998:30) como método dedutivo de prova, que também é denominado como hipotético-dedutivo, segundo LAKATOS & MARCONI (1991:95).

POPPER apud LAKATOS & MARCONI (1991:95), menciona que “o método científico parte de um problema (P1), ao qual se oferece uma espécie de solução provisória, uma teoria-tentativa (TT), passando-se depois a criticar a solução, com vista à eliminação do erro (EE) e, tal como no caso da dialética, esse processo se renovaria a si mesmo, dando surgimento a novos problemas (P2).”

“...POPPER defende estes momentos no processo investigatório:

1. problema que surge, em geral, de conflitos ante expectativas e teorias existentes;
2. solução proposta consistindo numa conjectura (nova teoria); dedução de conseqüências na forma de proposições passíveis de teste;
3. testes de falseamento: tentativas de refutação, entre outros meios, pela observação e experimentação;
4. se a hipótese não supera os testes, estará falseada, refutada e exige nova reformulação do problema e da hipótese, que, se superar os testes rigorosos, estará corroborada, confirmada provisoriamente, não definitivamente como querem os indutivistas.” (LAKATOS & MARCONI, 1991:95-96)

Desta forma, orientando-se pelo método hipotético-dedutivo:

- oferece-se algumas soluções provisórias, que são as metodologias de custeamento por absorção, custeio baseado em atividades e custeio variável;
- as soluções propostas serão testadas experimentalmente, através da elaboração de um exemplo de aplicação dos métodos de custeio;
- por fim será verificado se a hipótese está corroborada, ou seja, de que é possível determinar um método adequado para custear os serviços ou procedimentos hospitalares, pois este é capaz de subsidiar os gestores para tomada de decisões com informações úteis.

Segundo LAKATOS & MARCONI (1992:107) técnicas são “consideradas um conjunto de preceitos ou processos de que se serve uma ciência; são, também, a habilidade para usar esses preceitos ou normas, na obtenção de seus propósitos. Correspondem, portanto, à parte prática de coleta de dados.”

Pretendeu-se usar a técnica de estudo de caso para o desenvolvimento do presente trabalho, tendo sido inclusive apresentado a uma instituição hospitalar particular de grande porte na cidade de São Paulo, uma carta de apresentação assinada pelo orientador e pela coordenadora do curso de mestrado. Num primeiro momento, a referida instituição representada pelo Gerente de Custos e Orçamentos, mostrou-se disposta a colaborar com a pesquisa para a dissertação, tendo em vista inclusive que a referida instituição encontrava-se em processo de implantação da metodologia de custeio baseado em atividades (ABC), fazendo tal implantação paulatinamente por centro de custos. Entretanto, no terceiro encontro já havia indícios de desconforto por parte do Gerente de Custos e Orçamentos em apresentar dados que pudessem comprometer a instituição publicamente, mesmo diante do compromisso de manter-se sigilo sobre a identificação da instituição hospitalar. Cabe ainda mencionar, que entre o primeiro e o terceiro (último) contato, decorreram-se cerca de dois meses, havendo sempre muita dificuldade para contatar o referido gerente. Assim, não foi possível dar prosseguimento ao estudo de caso na referida instituição hospitalar. Desta forma buscou-se outros meios para realização deste trabalho, dentre as quais as técnicas de:

- pesquisa bibliográfica com a consulta de obras literárias inerentes ao assunto deste trabalho, imprensa em geral e *sites* da internet, que serviram para identificar o estado em que se encontra o referido o problema, que trabalhos foram realizados sobre o mesmo e quais são as opiniões dominantes sobre o assunto;
- entrevistas não estruturadas com pessoas integrantes de instituições hospitalares e consultores;
- estruturação e redação do trabalho, que passou por adaptações e alterações em função do desenvolvimento da pesquisa, das discussões com o professor orientador e das sugestões de melhorias feitas pelos professores componentes da banca formada para o exame de qualificação.

CAPÍTULO 2 – SISTEMAS DE SAÚDE

2.1 VISÃO ATUAL DO CENÁRIO DE SAÚDE BRASILEIRO

Um sistema de saúde deve dispor de recursos e ser eficiente. Lamentavelmente, não é o que acontece com os sistemas de saúde pública na maioria dos países. Embora os recursos financeiros sejam necessários, eles não são suficientes para garantir um bom sistema de saúde.

Segundo QUEIROZ (1993:272-282) apud ZUCCHI (1995:61) “Num mercado capitalista, o consumo em saúde decorre de um complexo conjunto de elementos de decisão, valores, representações, padrões culturais e práticas individuais, familiares e de classe social. As estratégias de consumo utilizam-se de elementos de diferentes sistemas de cura e de diferentes agentes e situações dentro de cada sistema, que, por sua vez, são influenciados pelo padrão de desenvolvimento econômico e social vigente na sociedade. Fatores gerais, tais como as condições de produção da oferta, o padrão de distribuição de renda, as políticas governamentais e a pertinência a classes e estratos sociais, imprimem uma influência fundamental na organização do consumo.”

Para LEPARGNEUR (2001:21) “É difícil expor um conveniente balanço da situação médica em nossa época sem a contextualizar em relação a seu envolvimento e condicionamento econômico-financeiro”.

No Brasil, o cenário não poderia ser mais dramático, revelando a ineficiência com que aplica seus recursos e distribui seus serviços, além da agravante falta de padrões uniformes para todo o sistema de saúde.

“...a rede de serviços disponíveis no Brasil tem se caracterizado como insuficiente ou incapaz de resolver a maioria dos problemas de saúde que

aflige a população, e que o sucateamento das unidades prestadoras de saúde ocorreu, em grande parte, por causa da redução acentuada de recursos de investimento e da inexistência de mecanismos de financiamento de longo prazo, além de um fraco sistema de planejamento econômico-financeiro, baseado em custos reais.” (FIGUEIREDO & FERNANDES, 2001:49)

Ao se referir a um sistema de planejamento econômico-financeiro baseado em custos reais, as autoras pressupõem o uso de padrões, que fortaleceriam o controle interno com a verificação das variações apuradas entre custos-padrão e reais, permitindo assim identificação de problemas no processo de prestação de serviços. O custo-padrão serviria ainda como base para o desenvolvimento de orçamentos, estudos econômico-financeiros e como suporte a tomada de decisões.

MIRSHAWKA (1994:67) aponta como principais problemas:

- falta de atenção adequada às atividades preventivas;
- má administração dos hospitais públicos: não há utilização dos instrumentos básicos de administração (o sistema de informação e a contabilidade de custos);
- crise financeira do Estado brasileiro: os reembolsos aos hospitais privados são menores do que os custos dos serviços prestados. Estes reembolsos são baseados em informações insuficientes devido à falta de supervisão e a falhas administrativas;
- falta de regulamentação: os serviços não são supervisionados e não seguem padrões determinados;

- custos crescentes: boa parte resulta do uso da tecnologia cada vez mais sofisticada e cara e também de falta de incentivo para conter os custos dos serviços dispensados.

“B. Steinbruch nos lembra que, pela primeira vez, em 2000, ”a OMS divulgou o *ranking* dos 191 países filiados à organização, classificando as redes de saúde de acordo com sua eficácia, custo por habitante e capacidade de promover a justiça social. Nesse *ranking*, o Brasil ficou em 125º lugar, atrás de países muito pobres, como El Salvador e Butão” (Folha de S.Paulo, 27-6-2000)” (LEPARGNEUR, 2001:21)

Segundo COSTA (2001:322) “O resumo histórico da assistência médico-hospitalar no Brasil foi muito bem retratado por Campos, Fernandes, Rozembojm (1986), em uma publicação do Instituto de Estudos dos Problemas Contemporâneos da Comunidade (IPCC), na qual é demonstrado que em passado recente cada categoria profissional tinha seu Instituto de Aposentadoria e Pensão, os chamados ‘IAPs’.”

Em 1966 todos os Institutos foram reunidos no Instituto Nacional da Previdência Social – INPS. A fonte de financiamento deste Instituto sempre foi a participação dos empregados e dos empregadores, além de uma parte do governo.

“A partir da década de 70, persistindo a intervenção do governo federal, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), com órgãos como o INPS (aposentadoria), INAMPS (assistência médica), FUNRURAL, LBA, IAPAS, FUNABEM e CEME. Por essa época, os custos já superavam as receitas.” (COSTA, 2001:322)

2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Segundo o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado (nos níveis federal, estadual e municipal) garantindo o acesso universal (para todos) e equânime (com justa igualdade) a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral), e para isto criou o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi regulamentado pela aprovação das Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90.

Ainda segundo o artigo 199 da referida Constituição:

- a) a assistência à saúde é livre à iniciativa privada;
- b) instituições privadas podem complementar o SUS por meio de contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos;
- c) é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos;
- d) é vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

Compete ao SUS conforme o artigo 200, nos termos da lei:

I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para o consumo humano;

VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

O Sistema Único de Saúde (SUS) remunera a instituição hospitalar, tanto pública quanto privada, pelo tipo de procedimento realizado. É um valor fixo pago independentemente da quantidade de medicamentos, material médico-hospitalar, dias de internação e outros custos que a instituição teve com o paciente.

“A entidade prestadora de serviço ao SUS recebe uma remuneração, com base no procedimento e atendimento realizado, previsto na tabela de serviços. O valor pago remunera, basicamente: serviços hospitalares (SH), serviços profissionais (SP) e serviços de apoio e diagnóstico e ao tratamento (SADT).” (CHING, 2001:58-59)

A tabela 2.1 reproduz um exemplo para remuneração de um procedimento de acordo com a tabela de serviços do Ministério da Saúde:

Tabela 2.1 - Tabela de assistência ao parto do Ministério da Saúde – 17/01/01

Procedimentos	SH	SP	SADT	Total	Permanência (dias)
Parto normal	110,00	110,00	5,00	225,00	2
Parto cesárea	250,00	102,00	5,00	357,00	3
Pediatria primeira consulta				5,00	
Anestesista obstétrico				38,00	
Atendimento em sala de parto				20,00	

Fonte: CHING, Hong Yuh. *Manual de Custos de Instituições de Saúde. Sistemas Tradicionais de Custos e Sistema de Custeio Baseado em Atividades (ABC)*. 1ª ed. São Paulo : Atlas, 2001 p.59

Obs.: (1) Estes valores referem-se à categoria hospitalar “Hospital Amigo da Criança”.

(2) A coluna permanência indica o período médio de dias de internação da paciente que o SUS está remunerando

(3) Os procedimentos de pediatria primeira consulta, anestesista obstétrico e atendimento em sala de parto estão vinculados aos procedimentos de parto normal ou cesárea.

“Segundo a Norma Operacional Básica (NOB) 01/96, que normatiza o Sistema Único de Saúde (SUS), o financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo Fundo de Saúde (BRASIL, 1996).“ (FIGUEIREDO & FERNANDES, 2001:48)

O artigo 194 da Constituição Federal de 1988, determina que a saúde integra a Seguridade Social e o artigo 195 que esta será financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de Contribuições Sociais.

As maiores fontes de recursos atualmente advém da Contribuição sobre o Faturamento (Fonte 153 – COFINS) e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (Fonte 151 - CSLL), paga regularmente pelas empresas.

FIGUEIREDO & FERNANDES (2001:48) menciona que a partir de 1991, foi implantado com base no SAMHPS (Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social) o SIH/SUS e seu instrumento, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), em toda a rede hospitalar própria, federal, estadual, municipal, filantrópica e privada, regulamentada pela RS/INAMPS nº 227, de 17 de julho de 1992. A PT/MS/SNAS Nº 16, de 8 de janeiro de 1991, implantou no SIH/SUS a Tabela Única de Remuneração para assistência à Saúde em nível hospitalar.

A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é um documento que identifica o paciente, os serviços prestados sob regime de internação hospitalar e fornece informações para gerenciar o Sistema. É por intermédio deste documento que hospitais, profissionais e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT) ficam habilitados a receber o pagamento pelos serviços prestados.

“O financiamento das atividades hospitalares prevê um teto quantitativo de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) proporcional à população; para os municípios é equivalente a um duodécimo de 8% de sua população. O teto financeiro será calculado pela multiplicação do quantitativo de AIH pelo valor médio histórico da AIH no estado ou no município (OPAS, 1994).” (FIGUEREIDO & FERNANDES, 2001:49)

Para FIGUEIREDO & FERNANDES (2001:49-50), as limitações impostas pelo Estado quanto ao ressarcimento e aquelas em relação ao teto

financeiro, interferem no gerenciamento, o que leva na maioria das vezes a se optar por cobrar aqueles procedimentos mais caros.

O SUS enfrenta graves problemas com a inadequação dos modelos organizacionais vigentes, com ausência de sistemas de informação gerencial que possam fortalecer o processo de tomada de decisões com bases técnicas e para estabelecer formas inovadoras de financiamento, gestão, controle e avaliação dos serviços. Entretanto, existe atualmente uma tentativa para recuperação e reorganização do SUS, sob a forma de um projeto de investimento do Ministério da Saúde, denominado REFORSUS (Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde).

Este projeto foi instituído no final de 1996, por meio de um acordo de empréstimo celebrado entre o governo brasileiro, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial (BIRD), no valor de US\$ 650 milhões que visa à aquisição de equipamentos médico-hospitalares e unidades móveis, execução de obras de reforma, ampliação e conclusão de estabelecimentos de saúde (Componente I) e também em projetos para a melhoria da gestão do sistema de saúde nacional (Componente II).

No Componente I, que é dividido em quatro áreas programáticas, já foram aprovados 1.175 projetos, resultando em um investimento de R\$ 720,4 milhões. Os recursos foram destinados para aquisição de equipamentos para a rede hospitalar e ambulatorial, para o programa de saúde da família, para os programas de sangue e hemoderivados e para os programas de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.

No Componente II foram alocados R\$ 149,1 milhões. Este Componente contempla ações, estudos e avaliações, priorizados pelo Ministério da Saúde,

com vistas a fornecer subsídios para a formulação e reformulação de estratégias, programas e projetos, melhorar o desempenho gerencial dos estabelecimentos de saúde e, principalmente, obter ganhos na eficiência sistêmica.

Na área de gerenciamento de estabelecimentos de saúde, o REFORSUS está concluindo os processos licitatórios dos Projetos-Piloto de Modernização Gerencial, constituído de uma consultoria para reformulação da gestão hospitalar.

O REFORSUS pretende ainda disponibilizar *softwares* de gerenciamento do DATASUS para os estabelecimentos hospitalares de pequeno e médio porte, oferecendo ainda um treinamento gerencial à distância.

Os exemplos de projetos em execução e a executar são: Sistema de Contas Nacionais em Saúde, Banco de Preços Hospitalares, Impacto Distributivo dos Gastos em Saúde, Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos pelo SUS, Estudos de Novos Modelos de Gerência de Unidades Hospitalares, Experiências Inovadoras no SUS, Avaliação do Processo de Descentralização da Gestão do SUS e do Impacto da Gestão Plena do Sistema Municipal, Avaliação dos Custos e Impacto do PAB, Custo do Programa Saúde da Família, Apuração dos Custos de Procedimentos de Média e Alta Complexidade e Capacitação de Gestores Municipais.

2.3 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)

Criada pela Lei nº 9.961 de 28/01/00, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) tem como missão promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto as suas relações com os prestadores de serviços de saúde e os consumidores.

Dentre as principais competências da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) estão:

- a de propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar – CONSU para a regulamentação do setor de saúde suplementar;
- estabelecer características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;
- estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
- estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS);
- normatizar conceitos de doença e lesão pré-existentes;
- estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados;

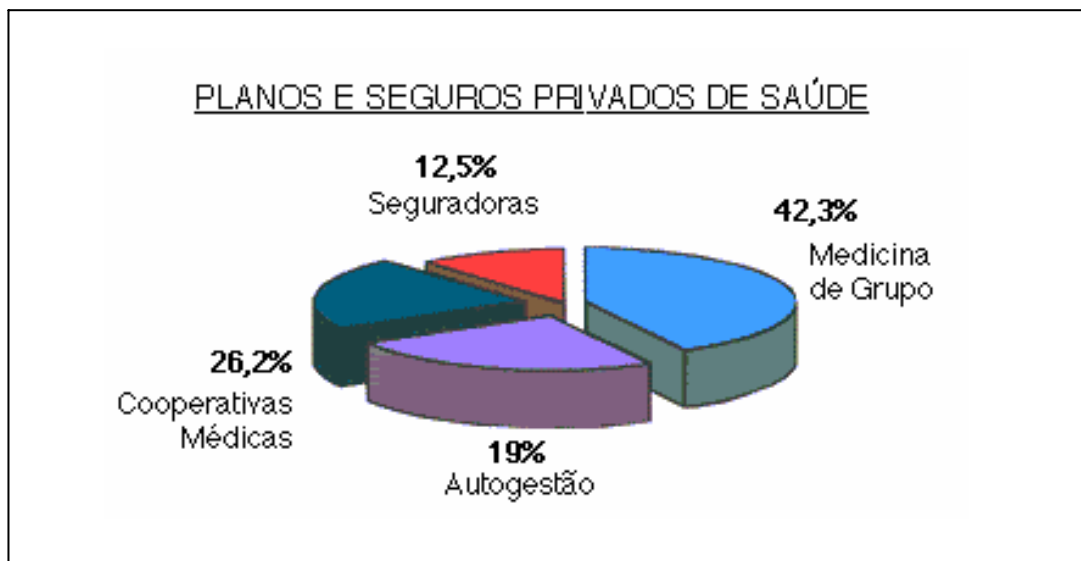
- estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
- autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, de acordo com parâmetros e diretrizes gerais fixados conjuntamente pelos Ministérios da Fazenda e da Saúde;
- autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;
- monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços e respectivos componentes e insumos;
- fiscalizar a atuação das operadoras e prestadoras de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos.

2.4 SISTEMAS ALTERNATIVOS DE SAÚDE OU SISTEMAS PRIVADOS

Diante da qualidade insatisfatória da assistência médica prestada pelo governo no Brasil, em virtude de fraudes, desperdícios, modelo de gestão inadequado e vícios estruturais como concentração do atendimento em hospitais nos médios e grandes centros urbanos, surge a opção pelos sistemas alternativos de saúde ou sistemas privados (medicina de grupo, seguradoras, cooperativas e sistemas de auto-gestão).

“O Governo, com sua prestação de serviço precária e ineficiência operacional, influencia sobremaneira a população a utilizar o sistema privado de assistência à saúde das entidades privadas.” (SOUZA & SOUZA, 2000:70)

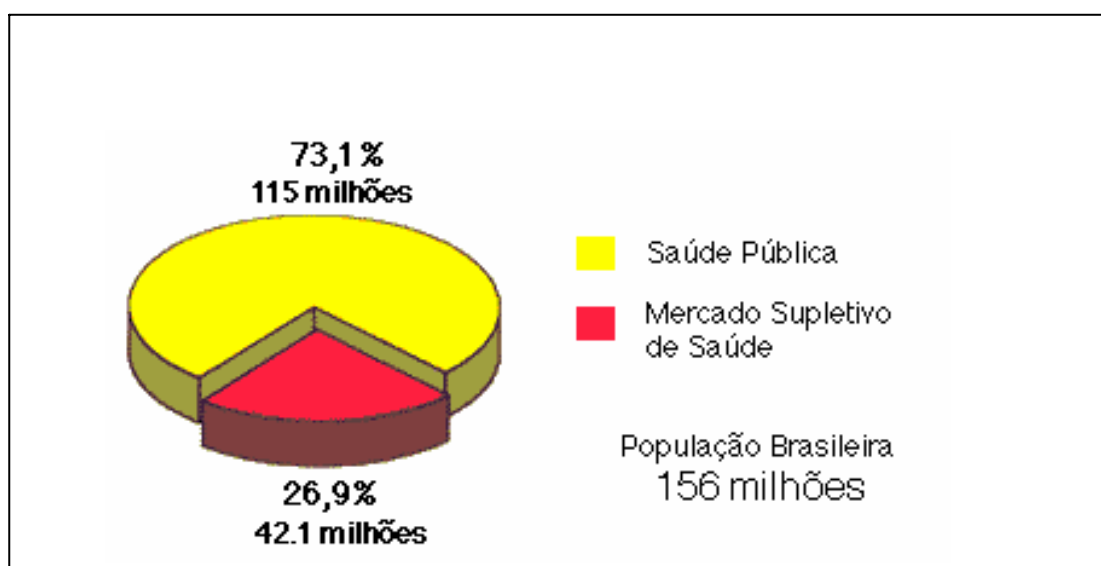
Figura 2.1 – Distribuição no mercado por tipo de prestadora de serviço na área de saúde



Fonte: site Abraspe – Associação Brasileira das Autogestões em Saúde Patrocinadas pelas Empresas. www.abraspe.org.br, fev/2002

Segundo dados expostos no site da Abraspe – Associação Brasileira de Autogestão em Saúde Patrocinadas pelas Empresas, de um universo de 156 milhões de brasileiros, 73,1% utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS). Outros 26,9% servem-se do mercado supletivo de saúde, ou dos sistemas privados de saúde.

Figura 2.2 – Proporção de utilização dos serviços públicos e privados de saúde



Fonte: site Abraspe – Associação Brasileira das Autogestões em Saúde Patrocinadas pelas Empresas. www.abraspe.org.br, fev/2002

2.4.1 Medicina de Grupo

Conforme SOUZA & SOUZA (2000:75) “A Medicina de Grupo surgiu no Brasil e desenvolveu-se nos anos 60, basicamente para atender à classe trabalhadora e por exigência do desenvolvimento industrial, quando instalava-se na região Metropolitana de São Paulo – o ABC – a indústria automobilística e, com ela, o setor de auto-peças. A precariedade dos serviços públicos na

região, de um lado, e, de outro, a medicina liberal cara, levaram alguns médicos a se organizarem para atender à demanda crescente, provocada especialmente pelo *boom* industrial, criando uma opção intermediária e alternativa capaz de oferecer serviços de alto nível profissional e técnico, em sistema de pré-pagamento para o atendimento à saúde daquela população de trabalhadores.”

Outras características apontadas pelos autores, que explicam o crescimento do segmento da Medicina de Grupo nos últimos 40 anos, devem-se a:

- “ oferta diversificada de produtos como: cobertura, padrão de conforto, abrangência geográfica e preço;
- adequação regional conforme: recursos físicos e humanos disponíveis, cultura e necessidade dos usuários;
- grande agilidade para acompanhar mudanças naturais do mercado;
- concorrência acirrada.” (SOUZA & SOUZA, 2000:80)

Segundo dados da ABRAMGE (Associação Brasileira de Medicina de Grupo), no ano de 2000, a medicina de grupo contava com a seguinte estrutura, conforme ilustrado na Tabela 2.2:

Tabela 2.2: Estrutura para atendimento do segmento de medicina de grupo

RECURSOS HUMANOS:		RECURSOS FÍSICOS:	
- Médicos CLT	24.800	- Hospitais próprios / coligados	250
- Médicos credenciados	85.000	- Hospitais credenciados	3.850
- Funcionários paramédicos e administrativos	65.700	- Leitos próprios	23.500
- Profissionais de serviços auxiliares de terceiros	160.000	- Leitos credenciados	354.000
		- Centro de diagnósticos próprios e credenciados	2.850
ATENDIMENTO:		SERVIÇOS REALIZADOS:	
- Consultas médicas/ano	94,2 milhões (5,12 cons/benef/ano)	- 65,85 milhões de exames laboratoriais;	
- A OMS preconiza	4,0 cons/habit/ano	- 10,57 milhões de exames radiológicos;	
- Setor público realiza	1,8 cons/habit/ano	- 4,10 milhões de exames por ultrassom;	
- Internações hospital./ano	2,030 milhões	- 790 mil exames por eletroencefalograma;	
- Partos (Total)	377 mil	- 2,92 milhões por eletrocardiograma;	
Césarea	237 mil	- 10,44 milhões em fisioterapia	
Normal	140 mil	- 84 mil de quimioterapia	
		- 749 mil de radioterapia	
		- 9,28 milhões de outros exames e procedimentos	

Fonte: site ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo, www.abramge.com.br, fev/2002

Conforme a ABRAMGE (Associação Brasileira de Medicina de Grupo) as associadas ao Sistema Abramge, Sinamge (Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo) e Conamge (Conselho Nacional de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo), sujeitam-se ao Código de Ética do Conamge.

2.4.2 Seguro Saúde

O seguro surge com a necessidade que o indivíduo sente em precaver-se contra determinado risco que possa ocorrer a si ou a algum membro de sua família. O seguro é uma operação coletiva para cada uma das partes

interessadas (segurado e segurador), a reciprocidade dos direitos e deveres nas operações de seguro, correspondem à contribuição paga pelo segurado e à indenização paga pela seguradora em caso de prejuízo (sinistro). Os seguros protegem coisas, bens, responsabilidade, créditos, obrigações, direitos, garantias de pessoas, mediante o pagamento de prêmios às seguradoras, conforme cálculos atuariais sobre a regularidade da repetição dos acontecimentos aleatórios.

A Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização – FENASEG indica que o seguro saúde, garante ao segurado as despesas com assistência médico-hospitalar. Pode ser feito por pessoa física ou jurídica (em favor de pessoas físicas). A seguradora poderá pagar diretamente aos profissionais e organizações médico-hospitalares credenciados que prestaram os serviços, ou efetuar o reembolso ao próprio segurado conforme comprovantes de despesas médico-hospitalares realizadas. As coberturas são variáveis de acordo com as necessidades de segurado, podendo abranger consultas de rotina, exames, internação hospitalar, tratamento e cirurgia, variando, conseqüentemente, o custo do seguro.

Diferentemente dos planos de saúde operados por Medicina de Grupo ou Cooperativas, os planos de seguro saúde são fiscalizados pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), que controla as reservas técnicas e a solvência das seguradoras, visando à proteção do segurado.

2.4.3 Empresas de Autogestão

“Literalmente, a palavra autogestão pode ser entendida como sendo o ‘governo de si mesmo’. Etimologicamente, a palavra autogestão significa a administração por conta própria, sem a necessidade de interveniência por parte de terceiros.” (PEREIRA, 2000:118)

O sistema de autogestão é o atendimento médico-hospitalar oferecido por uma empresa, exclusivamente para seus funcionários, administrado diretamente.

As desvantagens desse sistema é que não há convênios com hospitais de primeira linha que não aceitam os valores da AMB e é também duvidoso, se o usuário conseguiria mesmo com preços mais baixos, custear um tratamento prolongado ou uma cirurgia delicada.

Uma atividade comum às empresas de autogestão de serviços de saúde refere-se ao desenvolvimento de trabalhos voltados para a prevenção e promoção da saúde de seus beneficiários. Entre 40% e 60% das empresas apresentam programas sobre Alcoolismo, Hipertensão Arterial, Dependência Química e AIDS; entre 30% e 40%, programas sobre Stress; e, entre 10% e 30%, programas sobre Dieta e Nutrição e Bronquite/Asma.

A Associação Brasileira das Autogestões em Saúde Patrocinadas pelas Empresas em conjunto com a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIFE, divulgaram na internet os resultados da VI Pesquisa do Perfil da Assistência Médica, Hospitalar e Odontológica no Brasil, reproduzida no quadro 2.1.

Quadro 2.1: Pesquisa do Perfil das Empresas de Autogestão

DADOS DA PESQUISA DO PERFIL DAS EMPRESAS DE AUTOGESTÃO		
	Indicadores	
1. Consultas/Exames	2000	2001
1.1 No. Consultas/usuário ano	3,41	3,74
1.2 No. Exames/usuário ano	5,60	7,80
1.3 No. De exames por consulta	1,66	2,08
2 Internações		
2.1 Índice de Internação	12,70%	12,77%
2.2 Média de Permanência	2,82 dias	4,00 dias
2.3 Custo médio diário p/paciente internado	R\$ 691,04	R\$ 571,04
2.4 Custo médio per capita	R\$ 49,24	R\$ 56,20
2.5 Participação das empresas no Custeio	70,00%	72,00%
3. Plano para aposentados (% de empresas que oferecem)	57,80%	70,00%
3.1 Per capita	R\$ 83,78	R\$ 90,90
4 Plano para agregados (% de empresas que oferecem)	31,30%	45,00%
4.1 Per capita	R\$ 119,72	R\$ 86,63
5 Odontologia	66,70%	50,00%
5.1 Per capita	R\$ 8,79	R\$ 7,27

Fonte: site Abraspe – Associação Brasileira das Autogestões em Saúde Patrocinadas pelas Empresas. www.abraspe.org.br, fev/2002

2.4.4 Cooperativas Médicas

As Cooperativas Médicas assemelham-se às Companhias de Seguro e visam ao atendimento aos cooperados através de instituições privadas credenciadas ou filiadas à cooperativa, a Unimed é um exemplo. São gerenciadas por médicos e mantêm características regionais, embora sob o modelo de administração global que lhes confere uma auto-regulamentação.

De acordo com os princípios do cooperativismo, nas Cooperativas Médicas, os lucros são considerados como sobras de caixa e aplicados para melhorar o atendimento aos pacientes, como a construção de hospitais ou a compra de novos equipamentos.

Os médicos se organizam como empresários deles mesmos através do cooperativismo, que permite o duplo desempenho de dono e trabalhador. Com isso, visam otimizar seus honorários e a qualidade da assistência prestada ao usuário, que também beneficiar-se-á com a redução dos custos.

2.4.5 Regulamentação dos Planos de Saúde

Os Planos de Saúde foram regulamentados a partir da publicação da Lei nº 9.656 de 03/06/98, representando um avanço para o sistema de saúde por defender os direitos dos associados e consolidar as regras nas quais os planos de saúde são oferecidos. De acordo com a lei, os planos de saúde diferenciam-se dos seguros privados porque oferecem assistência médica aos conveniados mediante contraprestação pecuniária, enquanto que os seguros privados reembolsam as despesas médicas.

A fiscalização e regulamentação das operadoras de planos de saúde eram realizadas pelo Ministério da Saúde e pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), respectivamente, entretanto esta responsabilidade passou a ser da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), órgão criado através da Lei nº 9.961/00, subordinado ao Consu (Conselho Nacional de Saúde Suplementar), cujas competências já foram descritas neste trabalho no tópico 2.3.

SOUZA & SOUZA (2000:82-83) descrevem os motivos que sobrecarregaram os custos dos planos de saúde:

“a) Expansão da cobertura para todas as doenças e procedimentos, inclusive transplantes e procedimentos de alto custo e alta complexidade, condição que incidirá diferentemente para cada empresa;

b) Extinção de limites de internação (enfermaria, UTI, neonatal);

c) Tolerância de inadimplência até 60 dias com manutenção da cobertura;

d) Demanda reprimida;

e) Um dia de carência para urgência gera risco de fraudes;

f) Cobertura pré-existente;

g) Garantia da manutenção das condições contratuais de plano empresa para aposentados e demitidos;

h) Proibição de aumento por faixa etária após 60 anos com 10 anos de contribuição.(...)“

Com a expectativa de aumento dos custos, muitas empresas de planos de saúde estão inclinando-se a implantar no Brasil o modelo americano conhecido como *Managed Care*, ou seja, "Prestação de Cuidados de Saúde Gerenciada", que em termos genéricos, expressa a relação que se estabelece entre o sistema de financiamento, usualmente um plano de saúde, e o sistema de prestação de serviços médico-hospitalares, tipicamente um grupo de médicos, clínicas e hospitais.

“Pressionados pela concorrência, os planos de saúde norte-americanos calculam seus custos baseados em seus preços e não o contrário, usando uma

técnica denominada de custo meta (*target costing*). A medicina, lá, é um negócio onde os riscos são compartilhados.” (CHING, 2000:26)

Em termos específicos o modelo do *Managed Care* procura introduzir controles sobre a prática médica, visando gerenciar custos unitários, utilização dos serviços, composição e uso da cesta de benefícios ofertada pelo plano de saúde. Estes controles impostos sobre os médicos e outros prestadores procuram alterar o comportamento habitual de excessos de gastos, como no caso da remuneração *Fee-for-service*, que reembolsa conforme o gasto.

A prática do *Managed Care* requer que os controles externos à prática médica venham a ser substituídos por transferência do risco financeiro para o próprio sistema de prestação de serviços médico-hospitalares, com a adoção dos modelos de remuneração por “pacote” (preço global) ou por *capitation* (remuneração antecipada de uma população referenciada).

O controle sobre a prática médica, na implantação do modelo americano *Managed care* no Brasil, faz com que haja resistência entre os médicos para adoção do referido modelo. Segundo a classe médica, o *Managed care* pode trazer sérios danos ao exercício ético da medicina, pois o profissional perde a autonomia para solicitar os diagnósticos necessários e tem que filtrar a demanda, deixando de atender pacientes crônicos ou desestimulando cirurgias, prejudicando assim, a relação médico-paciente.

Por outro lado, a discussão sobre a implantação do *Managed Care* no Brasil poderá levar tanto a classe médica quanto os pacientes à conscientização dos custos da assistência médica. Também é uma oportunidade para que os médicos participem, quando da elaboração de “pacotes” de procedimentos médicos-hospitalares, ou seja, tenham um

envolvimento maior com a área administrativa das instituições hospitalares, pois a elaboração dos “pacotes” depende de protocolos estabelecidos por estes.

Assim, dentro do contexto hospitalar o “pacote” é o custo predeterminado de um procedimento, ou seja o custo-padrão. O protocolo determina a forma ou a conduta médica a ser adotada para realização de um procedimento de assistência médica. O protocolo indica e quantifica os recursos necessários para realização dos procedimentos.

COOPER e SUVER apud PELEIAS (2002:96) “destacam a necessidade de envolver os profissionais de medicina na determinação dos custos-padrão dos produtos a serem oferecidos.”

Esses conceitos e a relação com o custo-padrão serão melhores definidos no capítulo quatro.

2.5 DEFINIÇÃO DO PRESTADOR DE SERVIÇO MÉDICO: HOSPITAL

2.5.1 Definições

O Ministério da Saúde conceitua assistência médico-hospitalar como aquela que tem por base a ação de um serviço médico, realizada em ambulatórios, clínicas, hospitais gerais e especializados, etc.

Assim, dentro do universo dos prestadores de serviços médicos (assistência médica), o hospital será o foco deste trabalho.

Um hospital pode ser definido a partir da observação da sua missão e do seu conjunto de crenças e valores. Assim, é necessário definir missão, crenças e valores.

2.5.2 Missão, Crenças e Valores

A missão determina a razão de existência de uma empresa. A missão de uma empresa deve ser capaz de orientar a definição de outros objetivos mais específicos da empresa, como os sociais e econômicos, que por sua vez orientam objetivos mais específicos ainda, como os das áreas e atividades que compõem a empresa, formando assim uma hierarquia de objetivos.

“A missão da empresa decorre do papel que pretende desempenhar no cenário social e das crenças e valores das pessoas que a dirigem, e contempla os seguintes pontos: valores fundamentais da entidade, produtos e serviços

oferecidos, mercado de atuação e clientela a ser atendida.” (CATELLI, 2001:51)

KOTLER apud CATELLI (2001:52) “considera que a missão de uma empresa se relaciona à satisfação de uma necessidade de seu ambiente externo. A decisão de fazer determinado produto, ou prestar um determinado serviço, é um meio de satisfazer necessidades no ambiente externo e, portanto, uma forma de sobrevivência e continuidade, ou seja, de a empresa cumprir sua missão.”

Sobre os conceitos de crenças e valores NAKAGAWA (1993:26) menciona “Crença é a aceitação como verdade, de fatos, declarações ou um conjunto de circunstâncias. Valor é o prêmio que se atribui às crenças, quando estas são adequadamente claras para se fazerem escolhas entre diversas alternativas possíveis.”

Os aspectos culturais e comportamentais dos executivos e gestores estabelecem as crenças e valores de uma empresa. Esse conjunto de crenças e valores direciona todos os demais componentes do sistema empresa para alcançar os resultados desejados e também norteia as relações da empresa com o ambiente externo (clientes, fornecedores, empregados, comunidade, governo, etc). Enfim, o conjunto de crenças e valores de uma empresa, é a filosofia que orienta a sua atuação em geral.

Alguns autores evidenciam a missão, crença e valores de um hospital:

"Ao lado da missão de recuperar a força do trabalho e devolvê-la ao mercado, o hospital contemporâneo reproduz, de outro modo, o capital. Ele

também é uma empresa, realiza uma atividade econômica, em que o capital se multiplica direta e indiretamente. A incorporação e o uso de tecnologias implicam investimentos e custos elevados, cujo retorno ampliado é obrigatório no hospital lucrativo." (RIBEIRO, 1993:29)

MIRSHAWKA (1994:15) define o hospital "como parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacidade de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamentos de pacientes, cabendo-lhes supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente e estabelecer definição diversa de hospital geral, que seria aquele hospital destinado a atender pacientes portadores de doenças das várias especialidades médicas."

Para MALCOM T. MAC EACHERN apud MIRSHAWKA (1994:16) define "hospital é a representação do direito inalienável que o homem tem de gozar saúde e o reconhecimento formal, pela comunidade, da obrigação de prover meios para mantê-lo são ou de restaurar-lhe a saúde perdida."

"Num sentido amplo, pode-se dizer que o hospital é também uma instituição econômica criada especialmente para fornecer ao público a assistência necessária e almejada – a meta da administração hospitalar é determinar os anseios e as necessidades dos pacientes e dos médicos para o paciente; estruturar as várias unidades hospitalares que apresentam uma complexidade muito grande e dirigir e coordenar essas atividades de maneira eficiente." (CHINEN, 1987:4)

Segundo NOVAES (1992) apud MYAGI (2.000:12-13) “o hospital é uma organização complexa que envolve:

- grande número de cargos e funções diferentes (recursos humanos com diferentes qualificações);
- grande diversidade e quantidade de unidades e departamentos, geralmente independentes entre si;
- características relacionadas com a população assistida, com as condições políticas, sociais e econômicas dos países e sub-regiões a que pertencem, exigindo assim um trabalho de inter-relacionamento e cooperação entre os dirigentes de vários hospitais e, entre estes e os gestores locais da saúde;
- Interferência dos diversos modelos de financiamento público e/ou privado e dos vários modelos de assistência à saúde-doença (por exemplo: home care, day hospital, etc);
- constante necessidade de adquirirem mais tecnologia, em geral com conseqüente aumento de gastos, ao mesmo tempo que existe pressão para melhorar a qualidade e diminuir os seus custos;
- outro aspecto que deve ser incluído é a natureza dinâmica da organização, isto é, a relação de dependência entre as variáveis operacionais atuais e as anteriores ao longo do tempo.”

“Dada a abrangência de atividades que um hospital executa no campo curativo, ou seja, na internação em si, não podemos ignorar que o hospital também tem a missão de manter a saúde da comunidade, proceder atendimentos ambulatoriais, curar as doenças e enfermidades quando elas ocorrerem, além de promover o ensino e a pesquisa.” (COSTA, 2001:322)

Desta forma, o hospital tem que estar adequado (física e tecnicamente) à recepção de pacientes para tratamento, constituindo-se assim, não de um único empreendimento, mas sim de um conjunto complexo de empreendimentos, como a lavanderia, a hotelaria (internação), o restaurante (nutrição), o centro obstétrico, etc, que do ponto de vista empresarial, constituem-se de áreas de responsabilidade. A continuidade da instituição hospitalar deve estar assegurada pela adequada utilização dos recursos de que dispõe. É preciso então a adoção de um processo de gestão estruturado à partir da definição da missão, crença e valores da instituição. Este processo compreenderá as etapas de planejamento, execução e controle.

2.5.3 Breve Histórico das Instituições Hospitalares

Para compreender a realidade do setor hospitalar, no Brasil, podemos citar SACRAMENTO (2000:408) com alguns fatos históricos:

- a) o primeiro hospital surge em 1543 na cidade de Santos;
- b) a primeira escola de medicina, “Escola Cirúrgica”, em fevereiro de 1808 (Schwarcz, 1995), na Bahia e em abril do mesmo ano inaugura-se a do Rio de Janeiro;
- c) a preocupação com a gestão hospitalar acontece a partir de 1930;
- d) os cursos voltados à administração hospitalar despontam a partir da segunda metade do século XX na Universidade de São Paulo - USP, na Pontifícia Universidade – PUC do Rio de Janeiro, em entidades religiosas como a da Ordem dos Camilianos. (Mirshawka, 1994);

e) até a segunda metade do século XX, os hospitais foram construídos, salvo raras exceções, sem qualquer planejamento, tendo em vista apenas as necessidades comunitárias de subsistência.(Mirshawka, 1994).”

“Uma instituição hospitalar evidencia algumas constantes: complexidades, urgências, rotatividade de profissionais médicos, processos de aprendizagem e emoções. Conjunto de fatores dotados de características ao mesmo tempo mutáveis e instáveis em função das realidades presentes no dia-dia das mesmas e potencialmente favoráveis à presença de um elevado nível de tensão ambiental capaz de enevoar as realidades e levar seus participantes a adoção de decisões inadequadas.” (SACRAMENTO, 2000:408)

2.5.4 Estrutura Organizacional de um Hospital

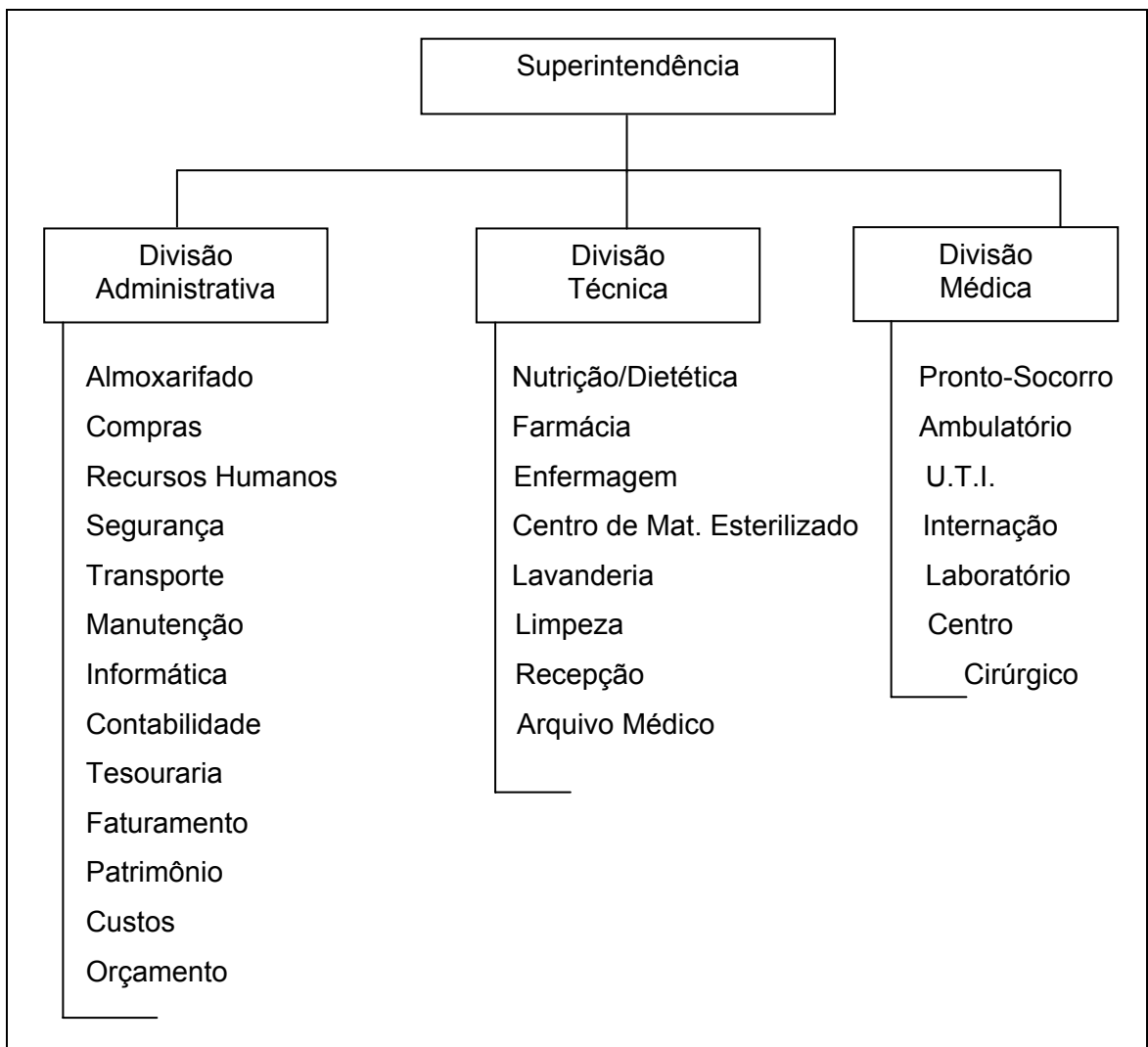
CATELLI (2001:39) menciona que “A empresa pode ser visualizada como um processo de transformação de recursos (materiais, humanos, financeiros, tecnológicos, etc.) em produtos e serviços, composto de diversos processos menores, interdependentes, que são suas atividades.”

Num hospital, os recursos podem ser identificados sob a forma de instalações produtivas, tais como: edifícios, equipamentos hospitalares, instrumentos laboratoriais, instalações médicas, móveis e utensílios, mão-de-obra, estoques de materiais médicos e medicamentos, etc. Desta forma, para melhor compreender a complexidade das atividades hospitalares, é necessário conhecer a sua estrutura organizacional.

Para BAUMGARTNER (1998:36) “o organograma de um hospital de maneira geral é relativamente simples, havendo três grandes áreas: uma administrativa, uma técnica e outra médica.”

O organograma ilustrado na figura 2.3 expõe, de modo geral, como um hospital se organiza e desta forma permitirá identificar onde e como os recursos são consumidos, facilitando assim a construção de um sistema de custos.

Figura 2.3 Organograma hospitalar



Fonte: BAUMGARTNER, Ricardo Rinaldi. *Avaliação da Aplicabilidade do Custeio ABC – Activity-Based Costing na Acurácia de Custos na área hospitalar, especificamente na unidade de terapia intensiva. Estudo de um caso prático*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1998, p.36

2.5.5. Infra-estrutura

A infra-estrutura refere-se aos recursos disponíveis por uma empresa. No hospital, de um modo geral, essa infra-estrutura caracteriza-se pelos seguintes itens:

➤ **Recursos Físicos**

- área construída, número de leitos, número de consultórios, número de unidades de terapia intensiva (UTI) e suas especialidades, número de salas cirúrgicas, número de salas de parto, número de especializações para hospitalização, etc.

➤ **Recursos Humanos**

- número total de funcionários segregados em corpo clínico (diretamente relacionados com as atividades-fins) tais como médicos, enfermeiros, atendentes, nutricionistas. Demais funcionários: administração, manutenção, vigilância, etc. Remuneração média dos profissionais, média de horas trabalhadas. Especialidades em consultas externas atendidas.

➤ **Demanda**

- Localização geográfica da instituição e estudo da população potencialmente usuária. Análise da clientela (SUS, particular ou convênio). Análise da produção: consultas, hospitalizações e intervenções cirúrgicas.

CAPÍTULO 3 – FUNDAMENTOS DE CUSTOS

3.1 A CONTABILIDADE

A contabilidade não teve um descobrimento, mas nasceu da necessidade do homem de inventariar instrumentos de caça e pesca e contar seus rebanhos, que eram objeto de troca, na verdade, a moeda da época.

A preocupação com a propriedade e a riqueza sempre foi uma constante desde o homem da antigüidade até os dias de hoje. O homem primitivo assinalava nas paredes das cavernas suas riquezas e conquistas. Suas anotações eram efetuadas por desenhos e riscos, nas quais os desenhos representavam a natureza da utilidade e os riscos, a quantidade existente.

Segundo CATELLI (1972:3) “a arte de contar (*L’arte dei conti*) lançou as bases da contabilidade moderna, agora consolidadas e que são: partidas dobradas, instituição do controle de inventário, balanço comercial, contabilidade de custos (sobretudo industrial), balanço orçamentário de entidades públicas, etc. F.Mellis¹ intitulou este período de “*Le grandi conquiste contabili, computistiche e tecniche operate del capitalismo*”.

A partir de 1920, com a ascensão econômica e cultural dos EUA, o surgimento de gigantescas corporações e o desenvolvimento acentuado do mercado de capitais, começou a haver uma grande necessidade de fornecer um número maior de informações para o investidor.

Assim, iniciou-se o desenvolvimento da contabilidade e dos princípios contábeis, normatizando as demonstrações contábeis, como o Balanço

¹ F.MELLIS – “*Storia della Ragioneria*” in CATELLI, Armando. Sistema de Contabilidade de Custos Estândar. Tese de Doutorado. Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo : São Paulo, 1972 p.3

Patrimonial, Demonstração do Resultado, Demonstração de Lucros ou Prejuízos Acumulados e outros.

3.1.1 Definição e finalidade da Contabilidade

A Contabilidade é uma ciência que capta, registra, acumula, resume e interpreta os fenômenos que afetam as situações patrimoniais, financeiras e econômicas de qualquer ente, seja este pessoa física, entidade de finalidades não-lucrativas, empresa, ou mesmo pessoa de Direito Público, tais como: Estado, Município, União, Autarquia, etc.

Segundo o Instituto Brasileiro de Contadores - IBRACON (1988:24 e 32) “a Contabilidade é, objetivamente, um sistema de informação e avaliação destinado a prover seus usuários com demonstrações e análises de natureza econômica, financeira, física e de produtividade, com relação à entidade objeto de contabilização.” Completa ainda que “compreende-se por sistema de informação um conjunto articulado de dados, técnicas de acumulação, ajustes e editagens de relatórios que permite:

- a) tratar as informações de natureza repetitiva com o máximo possível de relevância e o mínimo custo;
- b) dar condições para, através da utilização de informações primárias constantes do arquivo básico, juntamente com técnicas derivantes da própria Contabilidade e/ou outras disciplinas, fornecer relatórios de exceção para finalidades específicas, em oportunidades definidas ou não.”

NAKAGAWA (1993:81) menciona que o valor e a mensuração são os problemas centrais da Contabilidade, “(...) pois aceitamos a definição de que a Contabilidade é um sistema de informação e avaliação destinado a prover seus usuários com demonstrações e análises de natureza econômica para inferir tendências futuras ou tomar decisões relacionadas com a continuidade e o sucesso da empresa.”

Entretanto, a Contabilidade é muito mais do que um simples sistema de informação, pois serve os gestores com informações que os auxiliam na tomada de decisões.

Dessa forma, os relatórios propostos pela Contabilidade devem prover seus usuários com informações úteis para a tomada de decisões.

Mas o que quer dizer útil ?

Segundo o Moderno Dicionário da Língua Portuguesa Michaelis, a palavra útil tem origem no Latim *utile* e significa que tem ou pode ter algum uso, ou que serve para alguma coisa.

Por sua vez, encontramos no mesmo dicionário a definição da palavra uso: emprego de qualquer meio, de qualquer coisa à nossa disposição.

Assim, dentro do contexto da Ciência Contábil conclui-se que prover os usuários com informação útil, significa que esta informação serve para alguma coisa e será empregada para tomada de decisões.

“A decisão sobre o que é útil ou não é muito difícil de ser avaliada na prática, exigindo um estudo do modelo decisório de cada tipo de tomador de decisões que se utiliza de dados contábeis. Deveríamos:

- a) estabelecer qual a função objetivo que se deseja maximizar;
- b) coletar e avaliar o tipo de informação utilizada no passado para maximizar a função;
- c) prover o modelo preditivo que irá suprir o modelo decisório para a maximização da função objetivo. Isto nem sempre é fácil, pois, conforme o tipo de usuário, pode existir mais de uma função a ser maximizada” (IUDÍCIBUS, 1997:20)

PELEIAS (2002:74) indica que um modelo decisório é baseado em princípios, definições e funções que objetivam apoiar os gestores na seleção das melhores alternativas de ação. Embora neste trabalho a abordagem principal seja sobre as informações de custo para tomadas de decisões, cumpre esclarecer que um modelo decisório não deve ser apenas baseado em informações de custos. O modelo de decisão deve contemplar não só os custos, como também as receitas e portanto o resultado. O modelo de decisão baseado em resultados permite que o gestor analise e selecione a alternativa mais lucrativa, ou menos dispendiosa, dentre as possíveis.

3.1.2 – Contabilidade Financeira e Contabilidade Gerencial

A definição do que é útil ou não abre duas ramificações na Contabilidade: a da Contabilidade Financeira e a da Contabilidade Gerencial.

A Contabilidade Financeira está mais relacionada ao fornecimento de informações para pessoas e entidades externas à empresa, tais como: acionistas, credores, bancos, fornecedores, governo e organizações financeiras.

A Contabilidade Gerencial tem uma utilidade interna e fornece informações aos administradores a fim de melhor gerenciar a instituição. Como uma empresa normalmente é estruturada de forma hierárquica, a Contabilidade Gerencial deve atender a todos estes segmentos.

Sobre o conceito de informação, HENDRIKSEN apud NAKAGAWA (1993:59), faz a distinção entre dados e informação, "(...) os dados podem ser definidos como mensurações ou descrições de objetos ou eventos. Se estes dados já são conhecidos ou não interessam à pessoa a quem são comunicados, não podem ser definidos como informação. A informação pode ser definida como um dado (ou conjunto de dados) que provoca o efeito surpresa na pessoa que a recebe. Além disso, ela deve reduzir a incerteza, comunicar uma mensagem, ter um valor superior ao seu custo e ser capaz, potencialmente, de evocar uma resposta do tomador de decisão."

A informação é constituída de um conjunto de dados. Esses dados podem ser transformados de forma que forneça a informação desejada. A informação obtida para uma pessoa pode ser um dado para outra. Analogamente, os dados seriam a matéria prima e a informação, o produto final, ou seja, a mesma matéria-prima pode ser transformada em produtos finais com características distintas.

Esse produto final, ou seja, a informação contábil, deve ser passível de uso efetivo, sem o qual perde seu sentido.

"Entendemos que a Contabilidade Gerencial existe ou existirá se houver uma ação que faça com que ela exista. Uma entidade tem Contabilidade Gerencial se houver dentro dela pessoas que consigam traduzir os conceitos contábeis em atuação prática. Contabilidade Gerencial significa gerenciamento

da informação contábil. Ora, gerenciamento é uma ação, não um existir. Contabilidade Gerencial significa o uso da contabilidade como instrumento da administração.” (PADOVEZE, 2000:33)

Assim, se os administradores não utilizam a informação contábil como instrumento de gerenciamento, não há a Contabilidade Gerencial.

Ainda sobre a informação contábil, pode-se citar o pronunciamento do Conselho Regional de Contabilidade do Estado de São Paulo (CRC-SP), com colaboração do Instituto Brasileiro de Contadores (IBRACON) apud CORNACHIONE JÚNIOR (1999, 60):

“Os gestores têm grande dependência do recurso informação. A informação é a matéria-prima do processo de tomada de decisão. A informação útil é aquela que atende às necessidades específicas dos gestores, segundo as áreas que atuam, operações que desenvolvem e conceitos que lhes façam sentido lógico. Os sistemas de informações contábeis devem ser configurados de forma a atender eficientemente às necessidades informativas de seus usuários, bem como incorporar seus conceitos, políticas e procedimentos que motivem e estimulem o gestor a tomar as melhores decisões para a empresa. A informação deve ter sentido lógico para o gestor; portanto, os conceitos de mensuração aplicados no sistema não podem ser dogmáticos e sim racionais.”

No quadro 3.1 é apresentada uma visão geral da Contabilidade Gerencial e sua abrangência:

Quadro 3.1 Visão da Contabilidade Gerencial e sua área de abrangência

SISTEMA DE INFORMAÇÃO CONTÁBIL			
CONTABILIDADE GERENCIAL			
GERENCIAMENTO GLOBAL	GERENCIAMENTO SETORIAL	GERENCIAMENTO ESPECÍFICO	ORÇAMENTOS E PROJEÇÕES
A Empresa	As Divisões	Os Produtos	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Demonstrativos Contábeis Básicos ➤ Correção Monetária Integral ➤ Demonstrativos Contábeis em outras moedas ➤ Análise de Balanço e Administração Financeira ➤ Gestão de Impostos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Contabilidade por Responsabilidade ➤ Contabilidade Divisional ➤ Consolidação de Balanços 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fundamentos de Contabilidade de Custos ➤ Custeio Variável e por Absorção ➤ Análise Custo/Volume/Lucro ➤ Custo-padrão ➤ Formação de Preços de Venda ➤ Inflação da empresa ➤ Análise de Custos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Orçamentos ➤ Projeções ➤ Análises de investimentos
↑ Aplicação de Métodos Quantitativos		↑ Administração e Tecnologias de Produção e Comercialização Gerenciamento da Qualidade	

Fonte: PADOVEZE, Clóvis Luís. *Contabilidade Gerencial. Um enfoque em sistema de informação contábil*. 3ª ed. São Paulo : Atlas, 2000, p. 36, adaptado

Ainda sobre o uso efetivo da Contabilidade Gerencial HORNGREN, FOSTER & DATAR (2000:3) afirmam “O sucesso da Contabilidade Gerencial existe à medida que há uma melhora nas decisões tomadas pelos gestores que têm a posse da informação contábil.”

Conforme exposto no quadro 3.2, a informação gerencial contábil participa de vários níveis organizacionais diferentes e, dependendo do nível, a demanda pela informação gerencial contábil é diferente.

No nível operacional, as informações são primariamente necessárias para controlar e melhorar as operações, como, por exemplo, no controle dos processos de transformação da matéria-prima em produtos acabados.

À medida em que se sobe nos níveis organizacionais, outros usuários requerem demandas diferentes de informação contábil, pois estão gerenciando os recursos físicos e financeiros, produtos, serviços e clientes. Estes usuários requerem informação contábil com mais frequência e com maior grau de agregação.

Quadro 3.2 Funções da informação gerencial contábil

Controle operacional	Fornece informação (<i>feedback</i>) sobre a eficiência e a qualidade das tarefas executadas
Custeio do produto ou serviço	Mensura os custos dos recursos para se produzir, vender e entregar um produto ou serviço aos clientes
Controle administrativo	Fornece informação sobre o desempenho de gerentes e de unidades operacionais.
Controle estratégico	Fornece informações sobre o desempenho financeiro e competitivo de longo prazo, condições de mercado, preferências dos clientes e inovações tecnológicas.

Fonte: ATKINSON, Anthony A. et all. *Contabilidade Gerencial*. 1ª ed. São Paulo : Atlas, 2000 p.45

No quadro 3.3 é apresentada uma comparação entre a Contabilidade Gerencial e a Contabilidade Financeira.

Quadro 3.3 Comparação entre a Contabilidade Gerencial e a Contabilidade Financeira

Fator	Contabilidade Financeira	Contabilidade Gerencial
Usuários dos Relatórios	Externos e internos	Internos
Objetivo dos relatórios	Facilitar a análise financeira para as necessidades dos usuários externos	Objetivo especial de facilitar o planejamento, controle, avaliação de desempenho e tomada de decisão internamente
Forma dos relatórios	Balanço Patrimonial, Demonstração dos Resultados, Demonstração das Origens e Aplicações de Recursos e Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido	Orçamentos, contabilidade por responsabilidade, relatórios de custo, relatórios especiais não rotineiros para facilitar a tomada de decisão
Frequência dos Relatórios	Anual, trimestral e ocasionalmente Mensal	Quando necessário pela Administração
Custos ou valores utilizados	Primariamente históricos (passados)	Históricos e esperados (previstos)
Bases de mensuração usadas para quantificar os dados	Moeda corrente	Várias bases (moeda corrente, moeda estrangeira – moeda forte, medidas físicas, índices, etc).
Restrições nas informações fornecidas	Princípios Contábeis Geralmente Aceitos	Nenhuma restrição, exceto as determinadas pela administração
Arcabouço teórico e técnico	Ciência Contábil	Utilização de outras Disciplinas, como Economia, Finanças, Estatística, Pesquisa Operacional e Comportamento Organizacional
Características da informação fornecida	Deve ser objetiva (sem viés), verificável, relevante e a tempo	Deve ser relevante e a tempo, podendo ser subjetiva, possuindo verificabilidade e menos precisão
Perspectiva dos Relatórios	Orientação histórica	Orientada para o futuro para facilitar o planejamento, controle e avaliação de desempenho antes do fato (para impor metas), acoplada com uma orientação histórica para avaliar os resultados reais (para o controle posterior do fato).

Fonte: PADOVEZE, Clóvis Luís. *Contabilidade Gerencial. Um enfoque em sistema de informação contábil*. 3ª ed. São Paulo : Atlas, 2000, p. 31-32

3.2 CONTABILIDADE DE CUSTOS

O desenvolvimento da Contabilidade de Custos é um conjunto de esforços de muitos anos e não se trata de uma técnica recente.

Segundo CATELLI (1972:4) nos anos do século XV, na Europa, verificou-se o surgimento de pequenas oficinas, cidades, comunidades industriais e do comércio de produtos acabados. Com a evolução destas atividades, surgiu a necessidade de registros de custos mais precisos, iniciando-se então na Idade Média, as primeiras experiências na escrituração de atividades manufatureiras. No século XVI ocorreram diversas inovações, mas que efetivamente se desenvolveram a partir da segunda metade do século XVIII, com o aceleração e evolução econômica desencadeadas com a Revolução Industrial.

No século XIX, no ano de 1840, o milanês Francisco Villa publica importante obra: *“La contabilità applicata alle amministrazioni private e pubbliche”*, que abriu perspectivas técnicas ao seu aprimoramento e desenvolvimento.

GUERREIRO (2001:17) menciona que o referencial teórico da Contabilidade de Custos não era um segmento muito forte da contabilidade italiana. Os conceitos fundamentais da Contabilidade de Custos desenvolveram-se com maior ênfase na Alemanha e Inglaterra. Na obra de Schoenfeld (1974) foi destacada uma revisão conceitual e histórica da escola europeia da contabilidade de custos com ênfase na escola alemã.

SCHOENFELD apud GUERREIRO (2001:17) “observa que a obra de Leuchs intitulada *‘System des Handels’*, de 1804, é a primeira a analisar o

'*overhead*' para um período específico de tempo e separar duas categorias de custos. Uma delas dizia respeito a itens de custos que deveriam ser adicionados ao preço de compra na forma de um percentual e a outra categoria era relativa a itens de custos que deveriam ser adicionados ao custo de produto através da utilização de quocientes.”

“No que diz respeito aos termos custos fixos e custos constantes em contraste aos custos operacionais, segundo Schoenfeld, eles foram primeiramente empregados em 1882 por Messerschmidt que desenvolveu critérios para alocação de todos esses custos aos produtos.(...) Schildbach (1997, 261-276) menciona que naquele momento histórico em que modernas técnicas de planejamento e tomada de decisões eram pouco conhecidas, Schmalenbach tinha a convicção que a finalidade maior da contabilidade de custos seria calcular os elementos positivos e negativos do benefício econômico durante um período de tempo. Em outras palavras, a finalidade maior da contabilidade seria a apuração do lucro. O lucro já era considerado a medida da eficiência de um negócio.” GUERREIRO (2001:18)

RICARDINO FILHO apud GUERREIRO (2001:20) aponta sob o enfoque anglo-americano que a Contabilidade Gerencial remonta a período muito anterior ao da revolução industrial. “Os estudos indicam que procedimentos de cálculos analíticos dos custos dos produtos já eram utilizados nos antigos *manors* da Inglaterra desde o século doze. Os *manors* integravam um antigo sistema social existente na Europa, principalmente na Inglaterra medieval.”

Os registros contábeis manoriais eram um processo de prestação de contas do *steward* que era o responsável pela administração operacional e financeira dos *manors* dos lordes. “(...) Scorgie (1997:48-50) defende a idéia de

que o controle de custos pode ter sido tão importante para os administradores medievais como o é nos dias de hoje.” GUERREIRO (2001:21)

MARTINS (2000:21) indica que inicialmente a preocupação dos contadores foi a de fazer da Contabilidade de Custos uma forma para resolver seus problemas de mensuração monetária de estoques e do resultado, não a de fazer dela um instrumento de administração.

No anos 80 do século XX, mais notadamente nos Estados Unidos, renomados professores, pesquisadores e autores, dentre os quais destacam-se Johnson e Kaplan, procederam a uma série de críticas à Contabilidade de Custos. Argumentavam que a Contabilidade de Custos das empresas estava calculando os custos dos produtos de uma maneira errada. A principal razão apontada era o fato de que as empresas estavam rateando um volume cada vez maior de custos indiretos proporcionalmente ao volume de mão-de-obra direta cada vez menor.

Essas críticas à Contabilidade de Custos referiam-se aos sistemas de custos tradicionais, que estão apoiados, basicamente, no método de Custeio por Absorção, cuja principal finalidade é atender as legislações fiscais e societárias.

Preocupando-se apenas em atender a legislação fiscal e societária, deixa-se de utilizar os ricos conceitos da Contabilidade de Custos, que podem subsidiar a tomada de decisões pelos gestores e assim confirmar a relevância da Contabilidade de Custos.

Fundamentalmente, através da Contabilidade de Custos é possível identificar os custos fixos e variáveis e, desta forma, conhecer a margem de contribuição de cada bem ou serviço realizado na empresa. O grande problema

será sempre o rateio dos custos fixos, produzindo uma informação de custo distorcida e que não serve para subsidiar a tomada de decisões pelos gestores.

MARTINS (2000:22) reforça a importância da Contabilidade de Custos quando aponta duas funções relevantes:

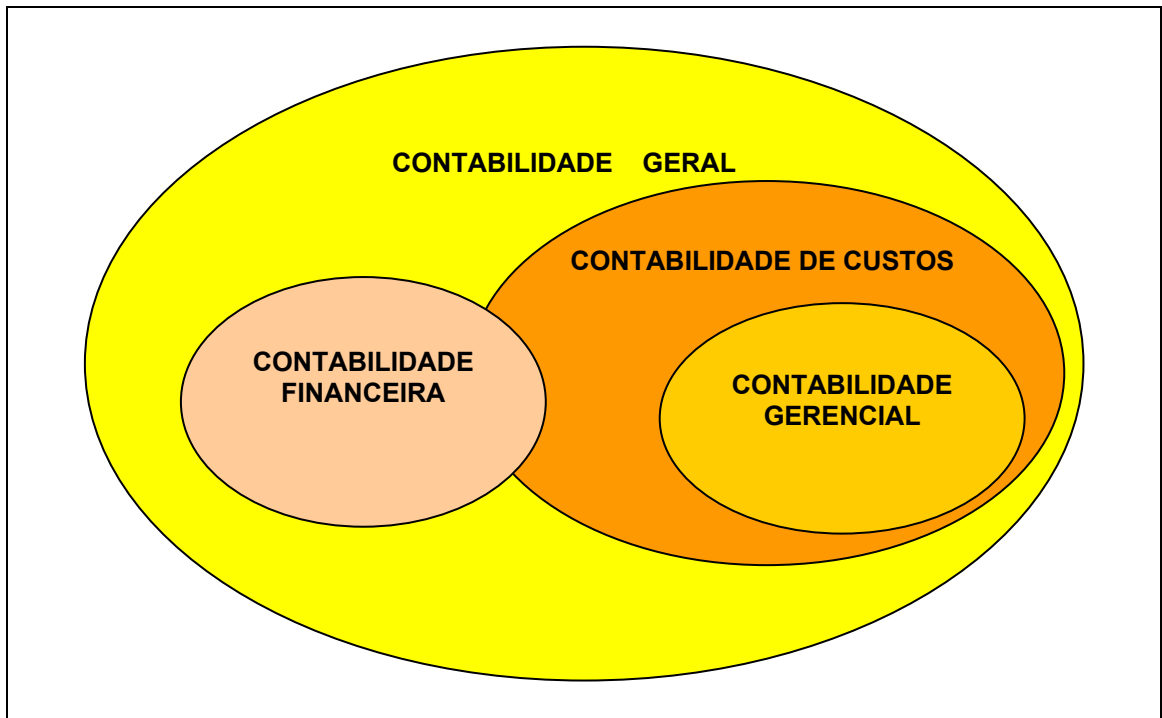
- a) auxílio ao controle;
- b) auxílio na tomada de decisões;

O controle, no contexto da Contabilidade de Custos, acompanha o efetivamente acontecido para comparar com os valores anteriormente definidos.

Com base no controle o gestor toma suas decisões, como por exemplo corte de produtos, fixação de preços de venda, opção de compra ou fabricação, etc., ou seja a escolha entre alternativas. Todavia, é necessário que se considere, no ato desta escolha, os impactos que podem causar no presente e no futuro. O modelo de decisão do gestor deve contemplar a possibilidade de simular os efeitos das diversas alternativas.

HORNGREN, FOSTER & DATAR (2000:2) definem: “A Contabilidade de Custos mensura e relata informações financeiras e não-financeiras relacionadas à aquisição e ao consumo de recursos pela organização. Ela fornece informação tanto para a Contabilidade Gerencial quanto para a Contabilidade Financeira.”

Figura 3.1 Posição da Contabilidade de Custos dentro do ambiente da Contabilidade Geral



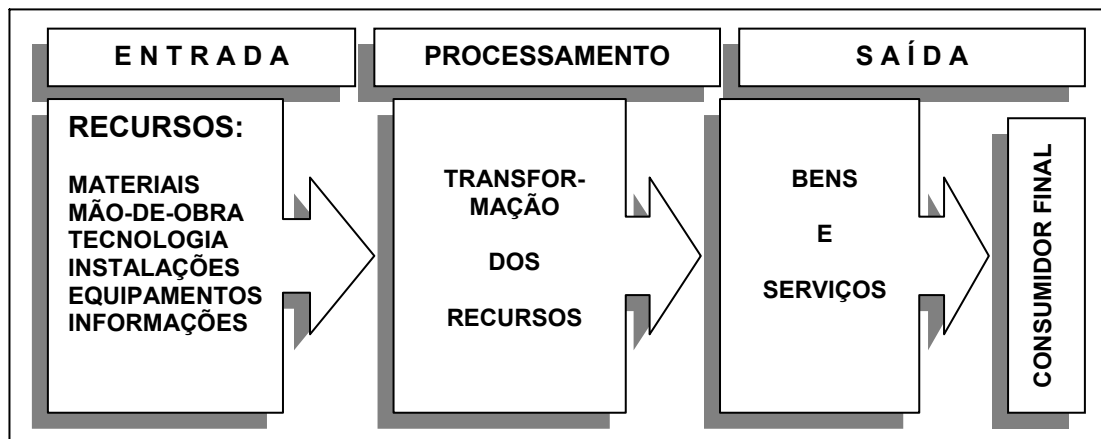
Fonte: FINKLER, Steven A. apud FALK, James Anthony. *Gestão de Custos para Hospitais. Conceitos, Metodologias e Aplicações*. 1ª ed. São Paulo : Atlas, 2001, p.18 (adaptado)

FINKLER, 1994 apud FALK (2001:18) define Contabilidade de Custos como: “um elemento da gerência financeira que gera informação sobre os custos de uma organização e seus componentes. Como tal, a Contabilidade de Custos é um subconjunto da Contabilidade Geral; contabilidade gera informação financeira para a tomada de decisões.”

Conclui-se que há um estreito inter-relacionamento entre a Contabilidade de Custos, a Contabilidade Financeira e a Gerencial, em que cada qual desempenha sua função e ao mesmo tempo desempenha funções necessárias ao perfeito funcionamento do todo.

A Contabilidade de Custos enquanto ramificação da Ciência Contábil, estuda como e porque os recursos, de um modo geral, são consumidos por uma entidade para gerar um bem ou serviço. A figura 3.2 demonstra a representação gráfica do consumo de recursos, ou seja, o sistema físico-operacional que compreende os recursos disponíveis, a transformação destes recursos e a obtenção de bens e serviços para atendimento das necessidades externas.

Figura 3.2 Sistema Físico-Operacional



Segundo o Moderno Dicionário da Língua Portuguesa Michaelis, a palavra recurso tem origem no Latim *recursu*, e significa aquilo de que se lança mão para vencer uma dificuldade ou um embaraço. Representa também bens materiais, dinheiro, haveres, fortuna e são elementos de força, de produção, de riqueza.

Direcionando o significado para o foco das atividades empresariais, CHING (2001:123) define “Recursos são itens ou elementos econômicos utilizados para realização das atividades. Recursos são material, mão-de-obra, tecnologia, equipamentos, instalação e medicamentos.”

O sistema físico-operacional representa o modo operacional das áreas da empresa. Sua organização é feita em consonância com a missão definida pela empresa.

O estabelecimento do sistema físico-operacional contempla o inter-relacionamento entre as variáveis do ambiente próximo (fornecedores de recursos, clientes e concorrentes) e as variáveis do ambiente remoto (econômicos, sociais, políticas, tecnológicas), pois a eficácia empresarial depende do correto entendimento do ambiente como um todo. (PELEIAS, 2002:10,11)

Os recursos de modo geral são escassos e requerem que sejam utilizados de forma eficiente, pois possuem valor econômico e geram novos bens ou serviços, garantindo a sobrevivência da empresa, ou seja, devem gerar valor superior ao dos recursos consumidos.

“A continuidade da empresa requer, portanto, que o valor econômico dos produtos e serviços gerados (receitas) seja suficiente para repor, no mínimo, o valor econômico (custos) dos recursos consumidos para a realização de suas atividades. Os resultados econômicos da empresa determinam suas condições de continuidade, refletindo seus níveis de eficácia, que se referem ao cumprimento de sua missão.” (CATELLI, 2001:40)

3.3 TERMINOLOGIA E CONCEITOS DE CUSTOS

3.3.1 Os conceitos de despesas e custos

Os custos podem ser calculados sob diferentes condições, para diferentes propósitos, para pessoas diferentes. Assim há uma diversidade de conceitos e terminologia de custos, entretanto, para a natureza deste trabalho convém que se busque esclarecer os conceitos de despesas e custos.

Segundo HENDRIKSEN & VAN BREDA (1999:232) “as despesas constituem o uso ou consumo de bens e serviços no processo de obtenção de receitas.”

MARTINS (2000:25,26) também compactua do mesmo conceito e menciona: “Todo produto vendido e todo serviço ou utilidade transferidos provocam despesa. Costumamos chamá-lo Custo do Produto Vendido e assim fazêmo-lo aparecer na Demonstração de Resultados; o significado mais correto seria: Despesa que é o somatório dos itens que compuseram o custo de fabricação do produto ora vendido. Cada componente que fora custo no processo de produção agora, na baixa, torna-se despesa. (No Resultado existem Receitas e Despesas – às vezes Ganhos e Perdas – mas não Custos).”

Para IUDÍCIBUS (1998:113) “o sentido original da palavra custo, aplicada à contabilidade, refere-se claramente à fase em que os fatores de produção são retirados do estoque e colocados no processo produtivo.”

O custo ocorre, portanto, no momento em que estão sendo consumidos recursos para obtenção de outros bens e serviços. Após esse processo,

enquanto esse bem ou serviço não for vendido, fica classificado como um ativo que representa uma expectativa futura de receita para a empresa.

Complementando o entendimento, IUDÍCIBUS (1998:114) menciona que “quando ativos são consumidos no afã de produzir receita, havendo portanto, o “confronto” entre receita e despesa, o termo correto é “despesas” e não custo.

As empresas aplicam recursos para obtenção de bens e serviços com o objetivo de obter receitas, portanto a terminologia correta é despesas. Por outro lado, quando se deseja saber quanto se gastou para produzir um bem ou serviço, na verdade, o que se quer saber é quanto custaram os recursos consumidos para obtê-los.

Corroborando esta idéia HORNGREN, FOSTER & DATAR (2000:19) definem “Quando os gestores desejam saber quanto custa uma determinada coisa, por exemplo um novo produto ou uma máquina, esta coisa pode ser definida como objeto de custo.”

Portanto, o objeto de custo poderá ser um produto, um serviço, um centro de custo, um departamento ou uma divisão da empresa. Assim, o que determina usar a terminologia despesa ou custo é o objeto de custo. Tudo o que é consumido por um determinado objeto, é custo. Por exemplo, se o objetivo é identificar o custo de um departamento administrativo, tudo que ali é consumido é classificado como custo.

Assim, segundo MATZ, CURRY & FRANK (1978:41) “o termo “custo” é um termo genérico, de propósito amplamente definido, de forma a abranger todos os tipos de custos empregados por contadores e outros. Quando se usa o termo especificamente, sempre ele é modificado (...)”.

HAMMER, CARTER & USRY apud LEONE (2000:47) complementam a idéia: “o termo “custo” é bem definido quando vem modificado por descrições como direto, primário, de conversão, indireto, fixo, variável, controlável, do produto, do período, conjunto, estimado, padrão, irreversível, ou caixa. Cada qualificativo implica um atributo que é muito importante na mensuração dos custos.”

Um sistema de custos considera basicamente dois estágios:

“Estágio 1: Acumulam-se custos de acordo com alguma classificação “natural” (muitas vezes auto-descritivas) como materiais, mão-de-obra, combustível, propaganda ou expedição.

Estágio 2: Apropria-se estes custos aos objetos de custo.”
(HORNGREN, FOSTER & DATAR, 2000:19)

Os custos podem ser apropriados a determinados objetos de custo para fins de tomada de decisão. Para verificar a eficiência departamental, os custos podem ser apropriados a um departamento. Outras vezes os custos podem ser apropriados ao produto ou ao cliente para facilitar a análise de lucratividade por produto ou cliente.

3.3.2 Classificação dos Custos quanto ao objeto de custo

➤ Custos Diretos

São custos que podem ser diretamente apropriados aos produtos, bastando haver uma medida objetiva de consumo: kg de material, horas de mão-de-obra utilizada, etc.

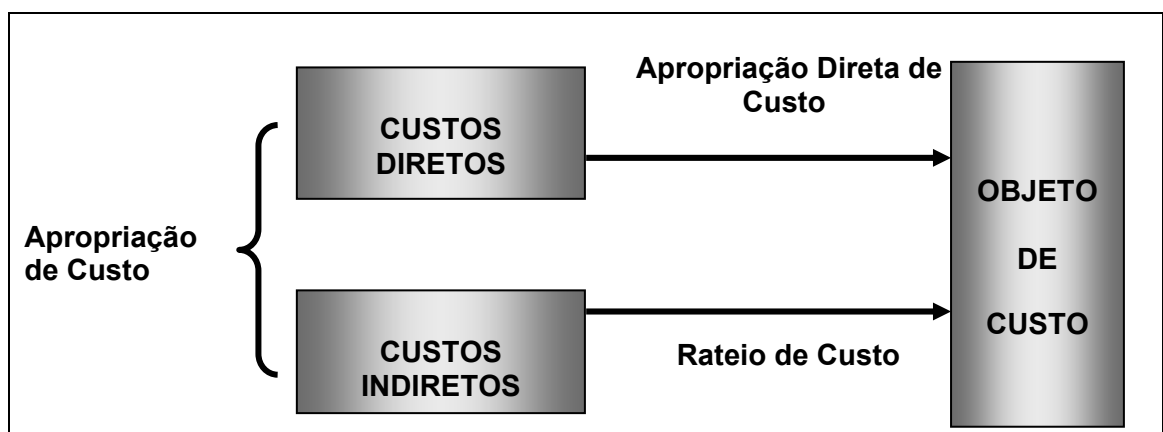
Para HORNGREN, FOSTER & DATAR (2000:20) “Custos diretos de um objeto de custo: são os custos que estão relacionados a um determinado objeto de custo e que podem ser identificados com este de maneira economicamente viável (custo efetivo).”

➤ **Custos Indiretos**

São custos que não oferecem uma medida objetiva de consumo e qualquer tentativa de alocação deve ser feita de maneira estimada e muitas vezes arbitrária.

“Custos indiretos de um objeto de custo: são os custos que estão relacionados a um determinado objeto de custo mas não podem ser identificados com este de maneira economicamente viável (custo efetivo). Os custos indiretos são alocados ao objeto de custo através de um método de alocação de custo denominado rateio” HORNGREN, FOSTER & DATAR (2000:20)

Figura 3.3 Resumo do relacionamento dos termos de custo



Fonte: HORNGREN, FOSTER & DATAR. *Contabilidade de Custos*. 9ª ed. Rio de Janeiro : LTC, 2000 p.20

➤ **Fatores que afetam as classificações de Custo**

Segundo HORNGREN, FOSTER & DATAR (2000:20) diversos fatores afetam a classificação do Custo:

1. Materialidade do custo em questão: ou seja, quanto maior o custo, maior a viabilidade econômica de identificação deste custo com um objeto de custo específico.
2. Tecnologia disponível para coleta de informação: desenvolvimentos nesta área estão proporcionando um aumento percentual de custos a serem classificados como diretos.
3. *Design* das operações: o *design* das operações pode impactar na classificação do custo, por exemplo, quando parte da instalação é utilizada exclusivamente para um produto ou objeto de custo específico, como um cliente determinado.
4. Acordos contratuais: por exemplo quando um determinado componente, só pode ser usado num determinado produto.

“A classificação em direto ou indireto depende da escolha do objeto de custo. Por exemplo, o salário de um supervisor de linha de montagem pode ser um custo direto do departamento de montagem da Ford, mas pode ser um custo indireto de um produto como o Ford Taurus.” (HORNGREN, FOSTER & DATAR, 2000:20)

Alguns custos diretos (por natureza) são tratados como indiretos, em função de sua irrelevância ou da dificuldade de sua medição, ou até do interesse da empresa em ser mais ou menos rigorosa em suas informações. (MARTINS, 2000:53)

3.3.3 Classificação dos Custos quanto ao volume

➤ Custos Fixos

São aqueles custos que independem do volume de atividade, ou seja, os valores gastos a título de tais custos serão sempre os mesmos, dentro de um intervalo relevante de operações. Representam a capacidade instalada que a empresa possui para produzir e vender bens ou serviços, por isso são também denominados custos de capacidade.

Segundo MARTINS (2000:269) “não existe custo ou despesa eternamente fixos; são, isso sim, fixos dentro de certos limites de oscilação da atividade a que se referem, sendo que, após tais limites, aumentam, mas não de forma exatamente proporcional, tendendo a subir em “degraus”.

Um custo é considerado fixo somente em relação a um intervalo relevante. Um intervalo relevante é o período ou o volume de atividades durante os quais os custos permanecerão estáveis ou previsíveis.(JOHNSON apud ESTEVES, 1992:32)

As principais características dos custos fixos são:

- valor total do custo fixo permanece constante, não importando o volume de atividade;
- quanto maior o volume de atividade, menores serão os custos fixos unitários, pois haverá um valor fixo total diluído por uma quantidade maior ou menor de atividade;
- sua alocação para os departamentos ou centros de custos necessita, na maioria das vezes, de critérios de rateios determinados pela administração.

O decréscimo no custo fixo unitário, com aumento do volume de atividade, é conhecido como “economia de escala”, representando assim uma grande vantagem competitiva, pois está sendo aproveitada ao máximo a capacidade instalada da fábrica, reduzindo assim significativamente os custos de produção.

➤ **Custos Variáveis**

São aqueles custos cujos montantes se alteram em função do volume de atividade da empresa. Por exemplo, para a matéria-prima, o custo variável será nulo se não houver quantidade produzida.

Para MARTINS e ASSAF NETO (1996:175), os custos variáveis são “aqueles que, dentro de um certo mês (ou outra unidade de tempo) têm o seu valor total determinado exatamente como decorrência direta do nível de atividade da empresa.

As principais características dos custos variáveis são:

- quanto maior o volume de atividade, maior serão os custos variáveis totais, pois aumentarão na proporção direta do volume de atividade;
- o valor do custo variável unitário permanece constante, independentemente da quantidade produzida;
- a alocação aos produtos ou centros de custos é normalmente feita de forma direta, sem necessidade de utilização de critérios de rateio;

“...É importante salientar que a variabilidade de um custo existe em relação a um denominador específico. Dessa forma, é importante ressaltar a diferença entre custo variável e custo direto. Um custo é variável se ele

realmente acompanha a proporção da atividade com que ele é relacionado. Um custo direto é aquele que se pode medir em relação a essa atividade ou ao produto. Assim, a mão-de-obra direta, quando contratada para determinado volume de produção, é fixa em relação àquele volume, mas é direta em relação ao produto, uma vez que podemos medir os esforços feitos para cada unidade de produto.” (PADOVEZE, 2000:237-238)

➤ **As relações dos Tipos de Custos**

Os custos podem ser simultaneamente: direto e variável, direto e fixo, indireto e variável e indireto e fixo.

Segundo MARTINS (2000:55) “todos os custos podem ser classificados em fixos e variáveis ou em diretos e indiretos ao mesmo tempo. Assim, a matéria-prima é um custo direto e variável, os materiais de consumo são normalmente custos indiretos e variáveis, os seguros das fábricas são custos indiretos e fixos etc. Os custos diretos são variáveis, quase sem exceção, mas os indiretos são tanto fixos como variáveis, apesar da geral predominância dos primeiros.”

3.3.4 Critérios de Alocação

Dependendo do objeto de custo, muitas vezes há necessidade da adoção de um critério de alocação dos gastos que não são diretamente identificados com este.

HORNGREN, FOSTER & DATAR (2000:67) mencionam que o critério de alocação é “um denominador comum para, sistematicamente, ligar um custo

indireto ou um grupo de custos indiretos a um objeto de custo. Um critério de alocação de custo pode ser financeiro (tal como o custo da mão-de-obra direta) ou não-financeiro (tal como o número de milhas viajadas).”

A alocação de um custo indireto pode se dar através de um critério ou base de rateio. A determinação do critério de rateio vai depender das características do ambiente produtivo da empresa, ou seja, deverão ser escolhidas aquelas que melhor representem o consumo dos recursos. Os critérios mais comuns são, com base em horas de máquina, horas ou valor da mão-de-obra direta, material direto, que é estabelecido após uma análise das atividades.

3.4 SISTEMAS DE ACUMULAÇÃO DE CUSTOS, MÉTODOS DE CUSTEIO E SISTEMAS DE CUSTEIO

Para que a Contabilidade se transforme em ferramenta de ação administrativa e se torne um instrumento gerencial, deve haver um sistema capaz de utilizar a informação contábil de forma útil para as necessidades dos gestores.

A própria Contabilidade é um Sistema de Informação, entretanto as informações devem ser integradas entre si, para que se caracterize o Sistema de Informação.

Desta forma, antes de caracterizarmos os Sistemas de Acumulação de Custos, Métodos e Sistemas de Custeamento dos Produtos, convém definir Sistemas e Sistemas de Informação, corroborado por diversos pesquisadores.

3.4.1 Sistemas

LODI (1987:199) apud CATELLI (2001:36), ao resumir a Teoria dos Sistemas, conclui que:

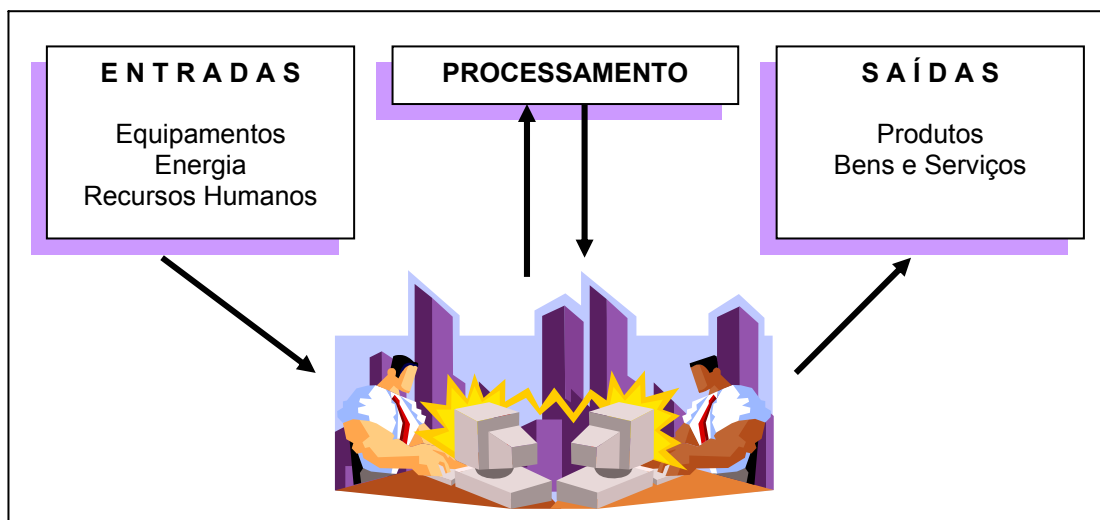
“(....) ela elabora princípios gerais, sejam físicos, biológicos ou sociológicos, e modelos gerais para qualquer das ciências envolvidas. (....) Ela também veio preencher o vazio entre elas, pois há sistemas que não podem ser entendidos pela investigação separada e disciplinar de cada uma de suas partes. Só o todo possibilita uma explicação. Por isso, também se diz que a Teoria dos Sistemas é uma ciência da Totalidade.”

A complexidade no tratamento de diversos assuntos relacionados à empresa e à gestão empresarial, pode ser entendida mediante uma abordagem sistêmica.

Segundo PADOVEZE (2000:42) “Sistema pode ser definido como um complexo de elementos em interação. Em outras palavras, sistema é um conjunto de elementos interdependentes, ou um todo organizado, ou partes que interagem formando um todo unitário e complexo. Como uma resultante do enfoque sistêmico, o todo deve ser mais que a soma das partes. Fundamentalmente, o funcionamento de um sistema configura-se a um processamento de recursos (entradas do sistema), obtendo-se, com esse processamento, as saídas ou produtos do sistema (entradas, processamento, saídas).”

A figura 3.4 apresenta graficamente um sistema com a entrada de recursos, o processamento e a saída de bens e serviços.

Figura 3.4 Representação gráfica de um sistema



Quando os sistemas não interagem com o ambiente externo, ou seja, não realizam transações, são chamados de sistemas fechados. Exemplo: relógio.

No oposto temos os sistemas abertos, que interagem com o ambiente externo, influenciando-o e sendo influenciado. Exemplo: seres vivos.

A classificação dos sistemas em abertos ou fechados referem-se à capacidade destes de interagirem com o ambiente em que se inserem, assim, o exemplo do relógio para sistemas fechados não é tão válido, pois o relógio precisa de “corda” ou de alguma forma de energia externa para funcionar. (PELEIAS : 2002, 6)

NAKAGAWA (1993:23) menciona que na prática essa classificação não é tão absoluta, o que se encontra são sistemas relativamente abertos ou fechados.

Mas dentro do foco empresarial, o que são transações ?

Transação é a menor unidade geradora de resultados dentro de uma área de responsabilidade. É o núcleo do processo decisório, o menor nível de decisão do gestor. (PELEIAS, 2002:71)

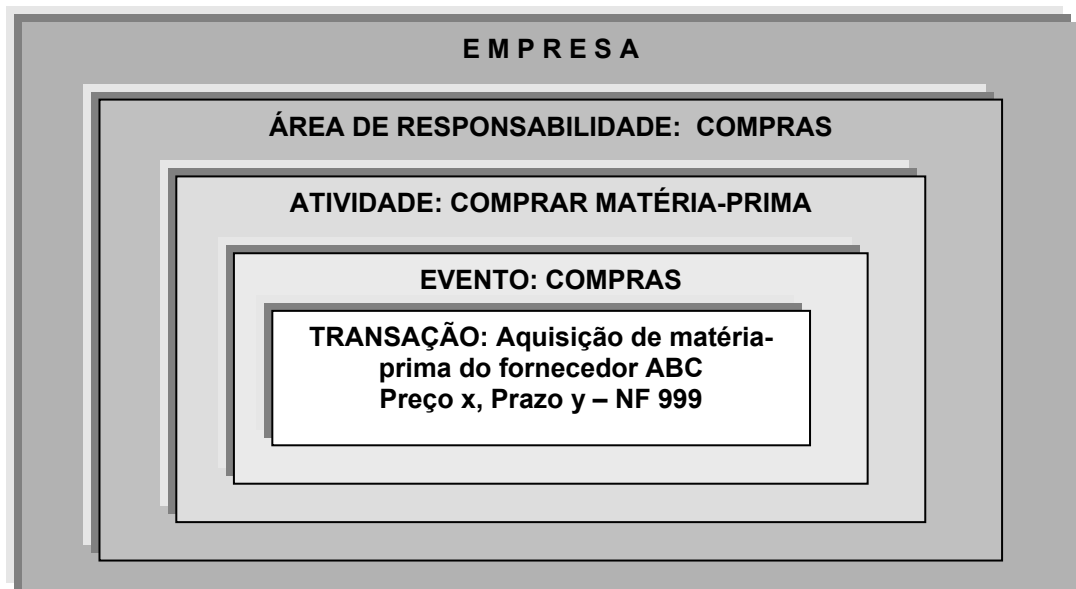
As transações se materializam sob a forma de documentos (inclusive eletrônicos) e procuram reproduzir, o mais fielmente possível, os eventos e as atividades a que se referem. As atividades podem ser em sua natureza: primárias e secundárias. As primárias são as que dão cumprimento à missão que lhes foi conferida e as secundárias as que lhes dão suporte.” (NAKAGAWA, 1994:43)

“O evento é o ponto de partida de uma atividade, sendo consequência ou resultado de uma ação externa (como compra, armazenagem, venda e distribuição) a essa atividade.” (NAKAGAWA apud PELEIAS, 2002:69)

A idéia de atividade pressupõe uma ação. A ação desenvolve-se sob a forma de uma combinação de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros em que se buscam os recursos necessários para produzir bens e serviços.

“Para que os esforços aplicados na obtenção de produtos e serviços ocorram de forma eficiente, as empresas são divididas e estruturadas em segmentos organizacionais, denominados áreas de responsabilidade.” PELEIAS (2002:68,69)

Figura 3.5 Representação gráfica de um exemplo da interação entre empresa, área de responsabilidade, atividade, evento e transação.



A empresa pode ser caracterizada como um sistema aberto, pois interage com o ambiente em que está inserida. É possível visualizar essa

caracterização no desenvolvimento das atividades que pratica, a partir dos vários eventos, materializados sob a forma de transações.

Os diversos recursos que a empresa captou e transformou em produtos e serviços serão “exportados” para o ambiente externo da empresa, ou seja, para seu mercado. E isso reafirma a sua característica de um sistema aberto. O ambiente externo também exerce grandes pressões, sob a forma de restrições e exigências das mais variadas, influenciando a empresa.

“Sob o enfoque da Teoria dos Sistemas, a empresa caracteriza-se como um sistema aberto e essencialmente dinâmico, isto é, como um conjunto de elementos interdependentes que interagem entre si para a consecução de um fim comum, em constante inter-relação com seu ambiente”. (CATELLI, 2001:38)

3.4.2 Sistemas de Informações

PADOVEZE (2000:42) define Sistema de Informação “como um conjunto de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros agregados segundo uma seqüência lógica para o processamento dos dados e tradução em informações, para com seu produto, permitir às organizações o cumprimento de seus objetivos principais.”

Os sistemas de informações estão divididos em Sistemas de Informação de Apoio às Operações e Sistemas de Informação de Apoio à Gestão.

O Sistema de Informação de Apoio às Operações objetivam auxiliar os departamentos e atividades a executarem suas funções operacionais (compras, estocagem, produção, vendas, faturamento, recebimentos,

pagamentos, qualidade, manutenção, planejamento e controle de produção, etc).

O Sistema de Informação de Apoio à Gestão objetivam auxiliar a gestão econômico-financeira da empresa. O Sistema de Informação Contábil, juntamente com os demais sistemas de controladoria e finanças, cumpre esse papel.

Segundo NASH & ROBERTS apud NAKAGAWA (1993:72) o Sistema Contábil “é tipicamente composto dos seguintes subsistemas: Compras, Processamento das Ordens de Vendas, Contas a Receber, Contas a Pagar, Controle de Estoques, Folha de Pagamento, Razão Geral, Contabilidade de Custos, Orçamento, Contabilidade por Responsabilidade e Análise das Vendas.”

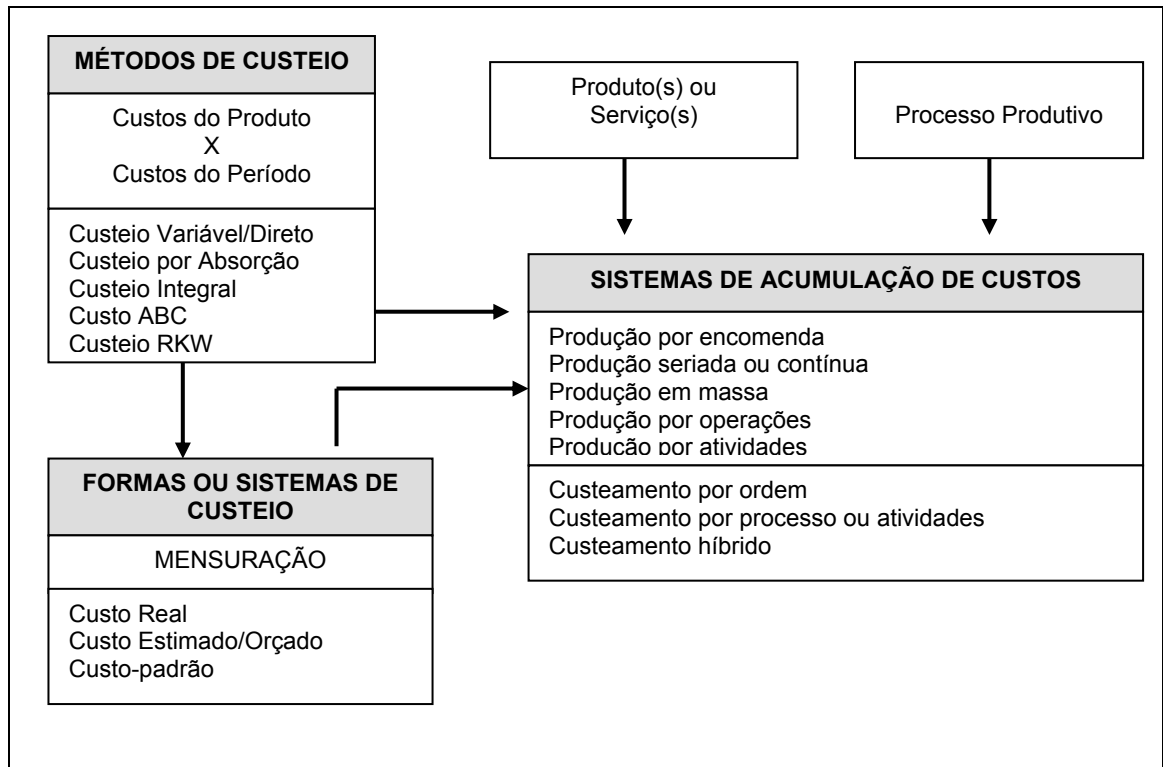
3.4.3 Sistema de Contabilidade de Custos

O Sistema de Contabilidade de Custos é um subsistema do Sistema de Informação Contábil e contempla a acumulação de dados, o processamento e a saída em forma de relatórios que facilitam as ações dos gestores afim de otimizar os resultados, portanto, é um elemento importante para o planejamento e controle de uma empresa.

O Sistema de Contabilidade de Custos deve ser concebido observando o Sistema Físico-Operacional da empresa e poderá fornecer informações diversificadas em função das necessidades dos gestores.

Na figura 3.6 é representada graficamente a estrutura básica de um Sistema de Contabilidade de Custos.

Figura 3.6 Estrutura Básica de um Sistema de Contabilidade de Custos



Fonte: PADOVEZE, Clóvis Luís. *Contabilidade Gerencial. Um enfoque em sistema de informação contábil*. 3ª ed. São Paulo : Atlas, 2000, p. 225 (adaptado)

3.4.4 Sistemas de Acumulação de Custos

O Sistema de Acumulação de Custos corresponde ao ambiente básico no qual operam os sistemas e as modalidades de custeio. Assim, a empresa deve escolher o seu Sistema de Acumulação de Custos orientando-se pelo seu sistema produtivo.

Segundo PADOVEZE (2000:45) o Sistema de Acumulação de Custos “ indica os caminhos para coleta, processamento e saída das informações dentro do sistema de informação contábil, e está ligado fundamentalmente ao tipo de produto e ao processo de fabricação adotado.”

Quando uma empresa programa a sua atividade produtiva a partir de encomendas específicas de cada cliente utiliza o sistema de acumulação por encomenda ou ordem. Neste sistema, os custos são acumulados a uma determinada unidade ou lote de um produto ou serviço. Considera-se ordem uma empreitada que consome recursos para trazer um determinado produto ou serviço ao mercado, sob a encomenda específica de um cliente.

Quando a empresa fabrica seus produtos num fluxo contínuo de operações utiliza o Sistema de Acumulação por Processo ou Contínua. Neste sistema, o custo de um produto ou serviço é obtido pela média dos custos acumulados a uma grande quantidade de unidades similares. Frequentemente, itens idênticos são produzidos em grande escala para venda em geral, e não para um cliente específico.

Quando os produtos de uma empresa iniciam-se num processo contínuo, e nas fases subseqüentes, têm características de produção de lotes diferentes, utiliza um Sistema de Acumulação Híbrido, que tem na fase inicial uma produção por processo e na fase final por ordem.

Qualquer que seja o Sistema de Acumulação de Custos adotado, alguns critérios de acumulação das informações sobre os produtos e os custos devem ser observados, para facilitar a coleta, armazenamento e tratamento dos dados:

- Estrutura do produto – identificação de todos os materiais que compõem cada produto fabricado ou de todos os recursos necessários (mão-de-obra, materiais, etc) para a prestação de um serviço;

- Processo de fabricação – identificação de todas as operações necessárias para a construção de cada produto, partindo das estruturas de materiais de cada um, ou a partir da mão-de-obra no caso de prestação de serviços, entendendo que, de modo geral, a maior parcela de recursos necessários para prestar um serviço é a mão-de-obra.
- Atividades: ações desenvolvidas sob a forma de uma combinação de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros em que se busca os recursos necessários para produzir os bens e serviços.
- Centro de Custo – representa o menor segmento de atividade ou área de responsabilidade, onde são executados trabalhos homogêneos. Um centro de custo (ou centro de despesa) pode ser tanto uma atividade como um departamento, dependendo da estrutura organizacional.

3.4.5 Métodos de Custeio

Segundo MARTINS (2000:41) “custeio significa método de apropriação de custos.”

No entendimento de PADOVEZE (2000:44) “Método de custeio é o fundamento da Contabilidade de Custos ligado à mensuração do custo dos produtos. Portanto, método de custeio é método de mensuração.”

O método de custeio adotado define quais os custos que devem fazer parte do custeio dos produtos e de que forma estes custos serão apropriados. Portanto, cada método adotado produzirá informações diferenciadas. É importante que, ao escolher um método, sejam considerados os objetivos a

serem alcançados, a estrutura organizacional e as características operacionais da empresa.

“Como deve ser feito o custeio dos produtos é uma decisão baseada no método de custeio a ser adotado pela empresa. Enquanto o sistema de acumulação de custos está atado ao ciclo operacional e ao processo produtivo, o método de custeio depende muito da visão conceitual que a empresa tem sobre o método ideal de custeamento dos produtos. Assim, se a administração da empresa entende que só os custos diretos devem compor o custo dos produtos, este será o método adotado. O mesmo raciocínio far-se-á com os demais métodos de custeamento.” (PADOVEZE, 2000:226)

Na apuração do resultado, o ponto principal é o método de mensuração dos custos dos recursos, ou seja o método de custeio, tendo em vista que a mensuração da receita dos produtos e serviços, tem como fundamento o preço de mercado.

PADOVEZE (2000:45) menciona que “O método de mensuração do custo está fundamentalmente ligado a duas questões:

- a) quais os custos que devem fazer parte da apuração do custo dos recursos, produtos, serviços, atividades ou departamentos e, por consequência;
- b) quais os custos de um recurso, bem, produto ou serviço final, que devem ser ativados enquanto esses bens estão em estoque (enquanto não vendidos).”

Uma vez classificados os custos como diretos ou indiretos, variáveis ou fixos e decidido quais os custos que serão considerados na composição do

custo de um produto, será definido o método de custeio, assim por exemplo, se a empresa entende que o método de custeio para seus produtos será o método de custeio variável, o sistema de acumulação de custos só coletará os custos variáveis.

PADOVEZE (2000:46) menciona que “O custeamento do produto é o processo de identificar o custo unitário de cada produto produzido pela empresa, nas suas diferentes versões ou variações, partindo da informação de custo total obtido na contabilidade financeira.[...] o processo de custeamento não precisa necessariamente estar ligado a uma unidade de produto. Deve ser expandido para todos os objetos ou entidades de custos em que haja necessidade de tomada de decisão.”

O autor está se referindo ao objeto de custo, já definido anteriormente e que pode ser exemplificado por um produto, um serviço, um projeto, um cliente, uma categoria de marca, uma atividade, um departamento, etc.

3.4.5.1 Custeio Integral ou Pleno

Para VARTANIAN & NASCIMENTO (1999:1) “Método de Custeio Integral é um sinônimo do Método de Custeio Pleno (Nascimento, 1989, p.30; Santos, R.Vatan, 1998, p.66; Luz & De Rocchi, 1998, p.22; Koliver, 1998, p.11).”

O Custeio Integral ou Pleno no Brasil é mais conhecido pela sigla RKW, iniciais do instituto alemão de pesquisas aziendais (*Reichskuratorium für Wirtschaftlichkeit*). No início do século, este instituto impunha às empresas alemãs uma metodologia para o cálculo de todos os seus custos, numa época

em que a economia era totalmente centralizada e até o lucro era fixado pelo governo.

Este método consiste na apropriação não só dos custos de produção como também de todas as despesas da empresa, inclusive financeiras, a todos os produtos. Os custos indiretos de produção são alocados aos diversos departamentos e depois sofrem uma série de rateios, de forma que, ao final, todos os custos e despesas estejam recaindo sobre os produtos. Este método não distingue custos fixos de custos variáveis.

3.4.5.2 Custeio por Absorção

O Custeio por Absorção consiste em apropriar todos os custos de produção, quer fixos, quer variáveis, quer diretos ou indiretos aos produtos elaborados. Os custos diretos são identificados e apropriados diretamente aos produtos, enquanto que os custos indiretos são agregados aos produtos segundo diferentes critérios de rateio.

É um método adotado pela Contabilidade Financeira para avaliação de estoques e elaboração das demonstrações contábeis destinadas aos usuários externos. Atende aos preceitos dos princípios fundamentais de contabilidade e as exigências de natureza societária e fiscais.

Os recursos consumidos no momento da produção de bens e serviços configuram-se como custos. Quando é adotado o método de custeio por absorção enquanto os bens produzidos não forem vendidos, ficam ativados

sobre a forma de estoques de produtos acabados ou serviços em andamento, afetando o resultado do período.

Neste método as despesas administrativas, comerciais e financeiras não são alocadas ao custo de fabricação dos produtos, sendo diretamente consideradas como despesas do período, na demonstração de resultado.

Para apropriação dos custos indiretos aos produtos são escolhidas bases de rateio, sendo as mais comuns: unidades produzidas, horas-máquina e custo da mão-de-obra.

A apropriação dos custos indiretos aos produtos, com base em critérios de rateio, envolve subjetivismos e arbitrariedades.

GONÇALVES, PROCÓPIO e COCENZA (1998:7) afirmam que “a falta de relacionamento entre as bases de rateio e o consumo de recursos responsáveis pelos custos indiretos e fixos rateados acarreta as arbitrariedades da aplicação neste método. Tratando-se de custos de produção, estes serão indubitavelmente distorcidos.”

PADOVEZE (2000:53) aponta resumidamente os problemas levantados por Martins (2000) quanto à adoção do Método de Custeio por Absorção:

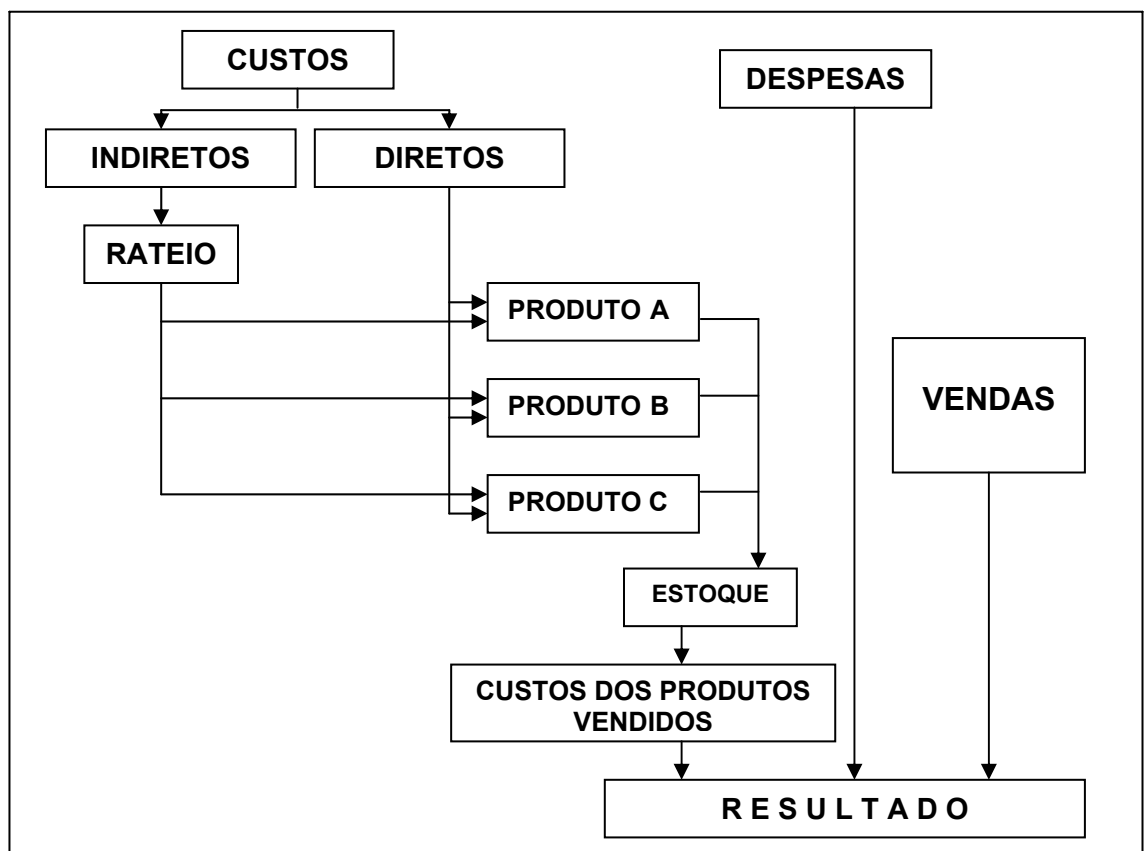
“Primeiro: os custos fixos existem independentemente da fabricação ou não desta ou daquela unidade, e acabam presentes no mesmo montante, mesmo que oscilações (dentro de certos limites) ocorram no volume de produção.

Segundo: por não se relacionarem com este ou aquele produto ou a esta ou aquela unidade, são quase sempre distribuídos à base de critérios de rateio, quase sempre com grandes graus de arbitrariedade.

Terceiro: o custo fixo por unidade depende ainda do volume de produção. Pior do que tudo isso, o custo de um produto pode variar em função da alteração de volume de outro produto, o que traduz-se num modelo totalmente inadequado para fins de tomada de decisão.”

Na figura 3.7 é reproduzido graficamente o fluxo do método do custeio por absorção.

Figura 3.7 Representação gráfica do fluxo dos custos e despesas no custeio por absorção



Fonte: MARTINS, Eliseu. *Contabilidade de Custos*. 7ª ed. São Paulo : Atlas, 2000 p. 62 (adaptado)

Para fins de tomada de decisões o Método de Custeio por Absorção revela-se ineficiente, pois apresenta informações de custos onde estão apropriados custos fixos. Para o gestor não é possível visualizar a lucratividade

de cada bem ou serviço produzido e como cada um contribui para cobertura dos custos fixos.

3.4.5.3 Custeio Baseado em Atividades (ABC – Activity Based Costing)

Não há consenso quanto ao surgimento do Método de Custeio Baseado em Atividades, “Segundo alguns autores, o ABC já era conhecido e usado por contadores em 1800 e início de 1900. Outros registros históricos mostram que o ABC já era bastante conhecido e usado na década dos anos 60. (...) TAYLOR, FAYOL, ELTON MAYO e tantos outros que contribuíram para o desenvolvimento da administração científica fizeram uso da análise de atividades para seus estudos de tempos e movimentos de organização do trabalho. Pode-se considerar também como precursor do ABC o próprio método alemão conhecido como RKW (*Reichskuratorium für Wirtschaftlichkeit*).” NAKAGAWA (1994:41)

Segundo LEONE (2000:253) um critério semelhante ao ABC foi implantado, a partir de 1963, na General Electric-GE. Para atender a uma melhor administração de custos indiretos, a GE propôs uma nova técnica para controlar as atividades que estavam causando os custos. A nova técnica estava baseada em *cost drivers* (direcionadores de custos), do mesmo modo como hoje se baseia o critério ABC.

Esta técnica foi aperfeiçoada e sistematizada pelo professor Robin Cooper, da Harvard University, durante os anos 70. A partir de 1980, o emprego do critério foi desenvolvido por firmas americanas de consultoria.

Na pesquisa realizada para este trabalho foram encontradas diversas definições sobre o Método de Custeio Baseado em Atividades.

Segundo NAKAGAWA (1994:40) “conceitualmente, o ABC é algo muito simples. Trata-se de uma metodologia desenvolvida para facilitar a análise estratégica de custos relacionados com as atividades que mais impactam o consumo de recursos de uma empresa. A quantidade, a relação de causa e efeito e a eficiência e eficácia com que os recursos são consumidos nas atividades mais relevantes de uma empresa constituem o objetivo da análise estratégica de custos do ABC.”

“O Custo ABC é definido comumente como um método de custeamento que atribui primeiro os custos para as atividades, e depois aos produtos, baseado no uso das atividades de cada produto. O custeamento baseado em atividades é fundamentado no conceito: produtos consomem atividades, atividades consomem recursos.” (PADOVEZE, 2000:263)

BAKER (1998:2) apud CHING (2001:122) define “ABC como uma metodologia que mensura o custo e performance das atividades, recursos e objetos de custo. Recursos são atribuídos às atividades e as atividades são atribuídas aos objetos de custo baseado no seu uso. ABC reconhece a relação causal dos direcionadores de custo para as atividades. “

COOPER & KAPLAN apud BEUREN & OLIVEIRA (1996:33) afirmam que o ABC “é uma abordagem que analisa o comportamento dos custos por atividade, estabelecendo relações entre as atividades e o consumo de recursos, independentemente de fronteiras departamentais, permitindo a identificação dos fatores que levam a instituição ou empresa a incorrer em custos e serviços e de atendimento a mercados e clientes.”

LEONE (2000:254,255) menciona que o ABC “é uma técnica de custeamento em que os custos e despesas indiretos são apropriados a várias unidades através de algumas bases que não são relacionadas aos volumes dos fatores de produção.”

Para NAKAGAWA (1994:39) o Método de Custeio Baseado em Atividades tem como pressuposto “que os recursos de uma empresa são consumidos por suas atividades e não pelos produtos que ela fabrica. Os produtos surgem como conseqüência das atividades consideradas estritamente necessárias para fabricá-los e/ou comercializá-los, e como forma de atender às necessidades, expectativas e anseios dos clientes.”

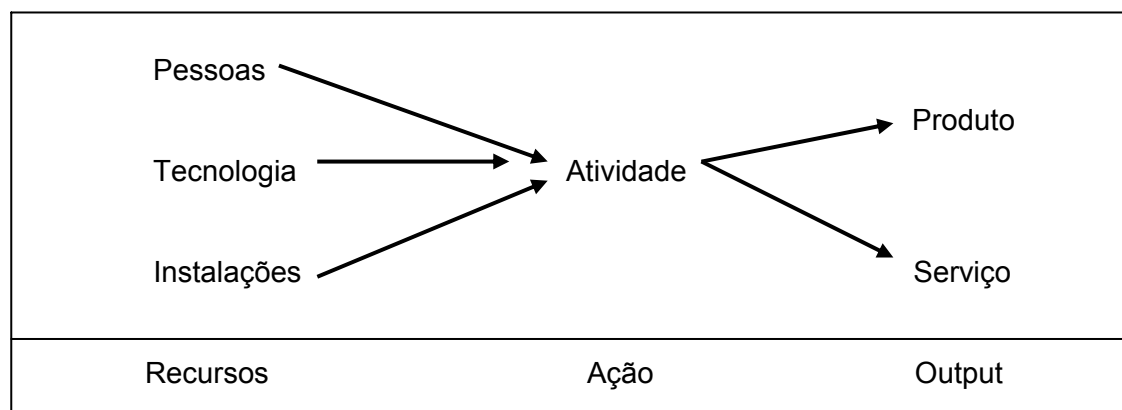
“O ABC é uma ferramenta que se presta à análise estratégica dos custos e proporciona uma visão de negócios, processos e atividades que são vitais para a competitividade das empresas porque demonstra onde os recursos estão sendo consumidos e, dessa forma, o que se pode fazer para otimizar este consumo e obter o maior retorno possível desta utilização.” (RAMIRO, 2000:41)

Segundo ROCHA apud RAMIRO (2000:42) “O ABC não é um novo Sistema de Acumulação de Custos para avaliação de estoques, é um instrumento a mais para auxiliar o gestor nas suas decisões. Não é um sistema preocupado em segregar custos e despesas, é um instrumento que permite separar os gastos que adicionam dos que não adicionam valor aos produtos. Não é um simples rateio arbitrário de custos indiretos e despesas, é uma tentativa de rastreamento para identificar os verdadeiros direcionadores de custos. (...) Não é um sistema preocupado com a exatidão do custo, é um sistema preocupado com a acurácia na sua apuração.”

NAKAGAWA (1994:28,29) também indica que “O ABC não é mais um Sistema de Acumulação de Custos para fins contábeis, ou seja, não apura custo de produtos e serviços para a elaboração de balanços e demonstração de resultados. O ABC é um novo método de análise de custos, que busca “rastrear” os gastos de uma empresa para analisar e monitorar as diversas rotas de consumo dos recursos “diretamente identificáveis” com suas atividades mais relevantes, e destas para os produtos e serviços.”

O ABC não visa substituir os métodos tradicionalmente empregados pelas empresas para apuração do custo, tem como objetivo mais imediato a apropriação mais acurada dos gastos indiretos aos produtos, permitindo um controle mais rigoroso destes gastos e uma melhoria nas informações que dão suporte à tomada de decisões.

Figura 3.8 Consumo das atividades pelos produtos



Fonte: CHING, Hong Yuh. *Manual de Custos de Instituições de Saúde. Sistemas Tradicionais de Custos e Sistema de Custeio Baseado em Atividades (ABC)*. 1ª ed. São Paulo : Atlas, 2001, p. 124 (adaptado)

O ABC distingue-se dos demais métodos de custeio pela maneira como atribui custos aos produtos ou seja, o fundamental no sistema ABC é a escolha dos direcionadores de custos (*cost drivers*).

“*Cost driver* é uma transação que determina a quantidade de trabalho (não a duração) e, através dela, o custo de uma atividade. Definido de outra maneira, *cost driver* é um evento ou fator causal que influencia o nível e o desempenho de atividades e o consumo resultante de recursos. Exemplos: número de *setups*, número de ordens, número de clientes, número de partes e componentes, distância percorrida etc.” (NAKAGAWA, 1994:74)

Existem dois tipos de direcionadores: os de primeiro estágio, também chamados de “direcionadores de recursos” e os de segundo estágio, chamados de “direcionadores de atividades”.

Os direcionadores de recursos identificam de que maneira as atividades consomem recursos. Exemplo: número de empregados, área ocupada, tempo de mão-de-obra (hora-homem), tempo de máquinas (hora-máquina), etc.

Os direcionadores de atividades identificam de que maneira os produtos e serviços consomem atividades. Exemplo: o número de inspeções feitas nas diferentes linhas de produto define a proporção em que a atividade de inspecionar a produção foi consumida pelos produtos.

Um dos grandes méritos do Método de Custeio Baseado em Atividades, reside na identificação de atividades que agregam ou não valor. As atividades que agregam valor são aquelas que absorvem recursos transformando-se em produtos e serviços compatíveis com as necessidades dos clientes. Por outro lado, as atividades que não agregam valor podem ser eliminadas, sem que haja alteração nos atributos dos produtos e serviços.

Esse processo de análise das atividades contribui para visualizar as origens dos custos e pode servir de ferramenta para tomada de ações pelos gestores para redução dos custos.

3.4.5.4 Custeio Variável

“Apesar de normalmente ser chamado de Custeio Direto, a nomenclatura correta é Custeio Variável, porque esse método de custeio utiliza-se apenas dos custos e despesas que têm relação proporcional e direta com a quantidade de produtos. A nomenclatura Custeio Direto vem do fato de que a maioria dos custos variáveis são custos diretos, em quase todos os produtos.” (PADOVEZE, 2000:242)

No método do Custeio Variável são apropriados aos produtos somente os custos variáveis, ficando os fixos separados e considerados como despesas do período, indo diretamente para o resultado; para os estoques só vão, como consequência, custos variáveis.

LEONE (2000:326) menciona que, segundo muitos autores de livros sobre custos, o conceito do custo variável foi inicialmente divulgado na década de 30, nos Estados Unidos.

A comparação do Método de Custeio Variável com o Método de Custeio por Absorção permitem que se solidifiquem as diferenças conceituais de ambos os métodos.

Na análise do Método de Custeio por Absorção identifica-se que os custos fixos ficam “escondidos” no estoque, pois estes custos só serão considerados como contrapartida da receita por ocasião das vendas. Assim, à medida em que a quantidade produzida for maior do que a quantidade vendida, os lucros vão ficando maiores.

Pelo Método de Custeio Variável os lucros acompanham o movimento de vendas. Os custos são debitados aos resultados de cada período, surgindo assim a margem de contribuição (vendas menos custos e despesas variáveis), que indica a capacidade daquele produto ou de todas as linhas de produção em cobrir os custos e despesas fixos. No custeamento variável, os custos e as despesas fixas são considerados custos periódicos e não custos do produto.

“A margem de contribuição, como o próprio nome está indicando, destina-se a mostrar quanto sobrou da receita direta de vendas, depois de deduzidos os custos e as despesas variáveis de fabricação, para pagar (ou cobrir) os custos periódicos.” (LEONE, 2000:337)

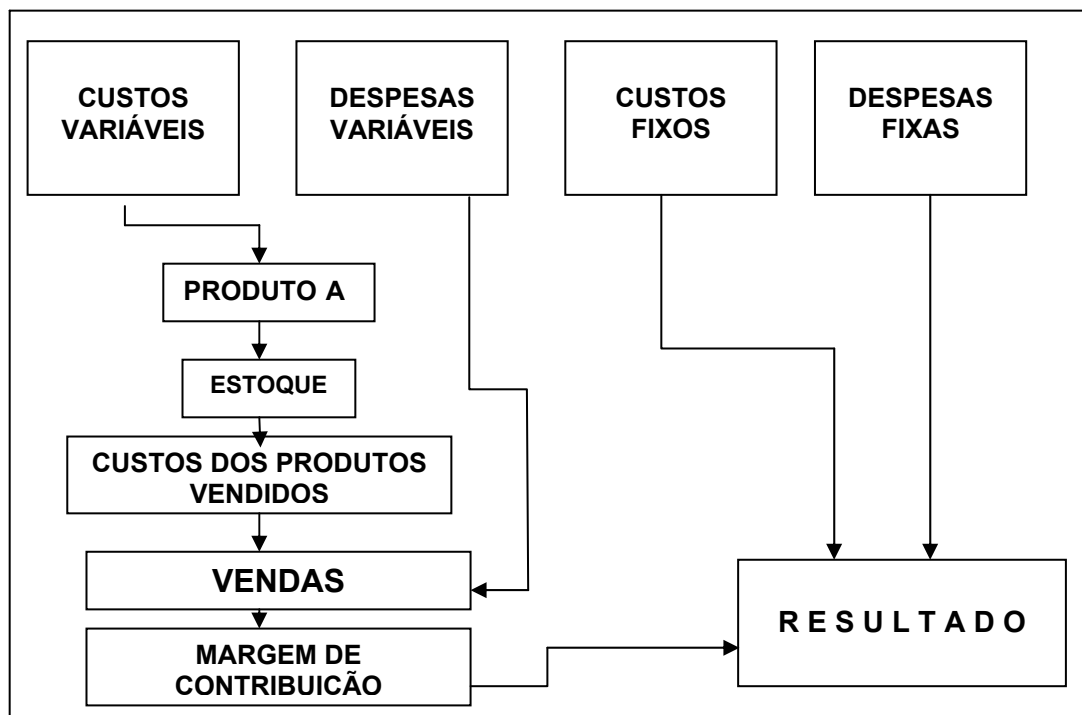
BENEDICTO (1997:142) apud PADOVEZE (2000:49) cita e analisa as vantagens do custeamento variável: “Em linhas gerais, pode-se inferir que o custeio direto/variável oferece mais informações úteis e relevantes para a tomada de decisão do que as demais abordagens do método de custeio, principalmente por evidenciar, de forma clara e objetiva, a margem de contribuição que a instituição precisa ter para suportar determinado volume de atividade, de modo a absorver os seus custos fixos e gerar resultados favoráveis. Em síntese, o Método de Custeio Variável oferece condições para os gestores:

- Avaliarem os impactos de redução ou aumento de custos nos resultados da entidade, tornando-se um instrumento relevante ao planejamento e controle das atividades;

- Avaliarem o desempenho de forma mais significativa dos centros de resultados do que aquela proporcionada pelo custeio por absorção, uma vez que os centros de resultados absorvem custos fixos e sua rentabilidade fica prejudicada com os rateios efetuados, tornando às vezes um centro de resultado produtivo em não produtivo ou vice-versa.”

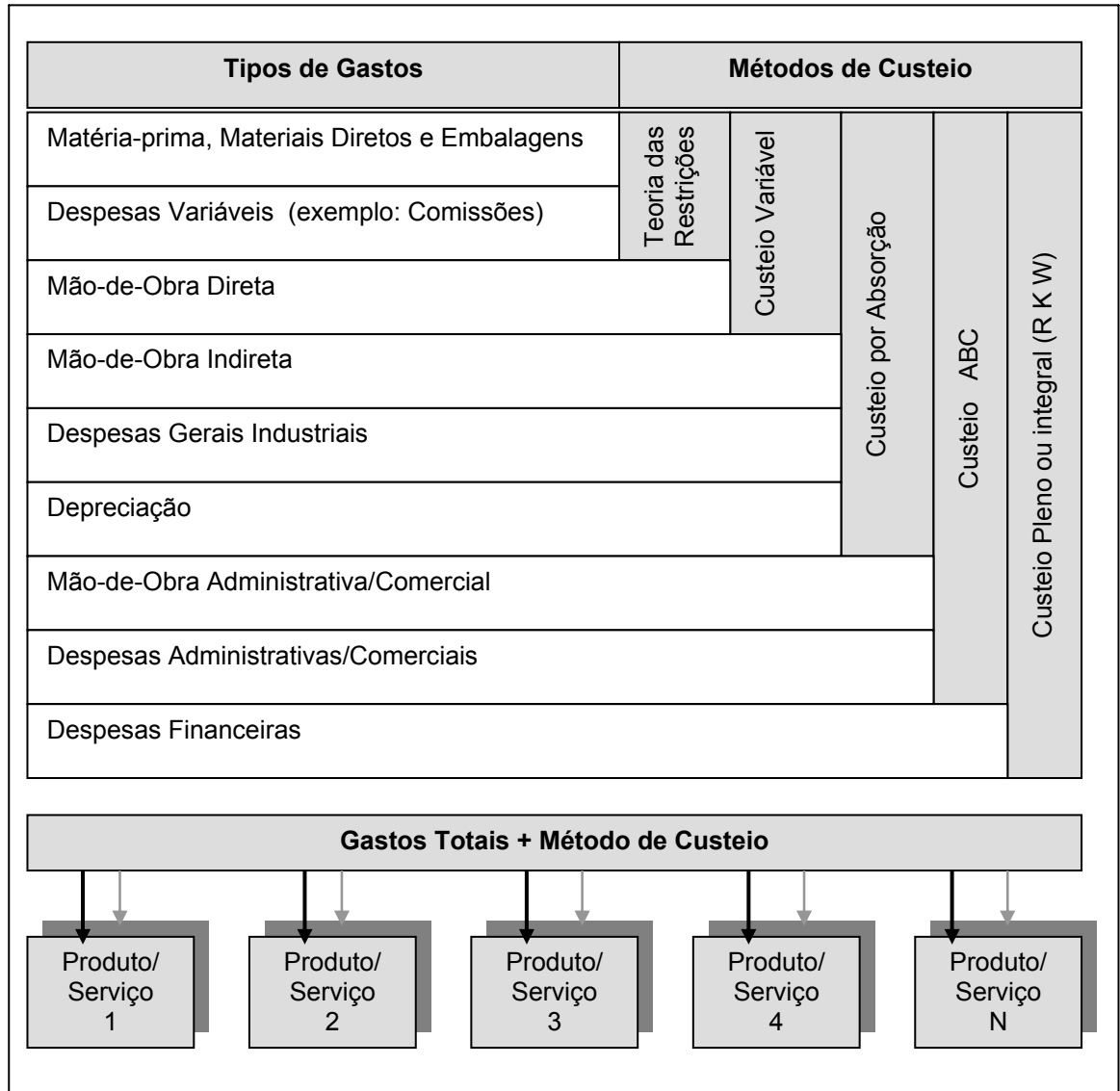
Na figura 3.9 é reproduzido graficamente o fluxo do Método de Custeio Variável.

Figura 3.9 Representação gráfica do fluxo dos custos e despesas no custeio variável



Na figura 3.10 é reproduzida a ilustração de PADOVEZE (2000:248) para apresentar os gastos considerados nos diversos métodos de apuração de custos, incluindo o critério da Teoria das Restrições.

Figura 3.10 Gastos totais versus Métodos de Custeio



Fonte: PADOVEZE, Clóvis Luís. *Contabilidade Gerencial. Um enfoque em sistema de informação contábil*. 3ª ed. São Paulo : Atlas, 2000, p. 248 (adaptado)

3.4.6 Sistemas de Custeio

Através do Sistema de Custeio a empresa mensura o custo, seja ele obtido através do Método do Custeio por Absorção, pelo Método de Custeio Variável, pelo Método de Custeio Baseado em Atividades ou outro método.

PADOVEZE (2000:226) menciona que os sistemas de custeio “são as opções de mensuração dos elementos obtidos pelo sistema de acumulação, que foram determinados pelo processo produtivo e pelo método de custeio adotado. A empresa pode trabalhar com o custeio real, com as informações dos eventos econômicos já acontecidos, ou com formas de custeio previstos, padrões, estimados ou orçados.”

Segundo orientação do IOB (2000:8) “Os sistemas de custeio diferenciam-se entre si pela natureza dos dados contábeis utilizados – históricos ou predeterminados. Assim, são dois os sistemas de custeio:

- I – sistema de custeio baseado em dados reais, atuais ou históricos; e
- II – sistema de custeio baseado em dados estimados ou predeterminados.”

3.4.6.1 Sistema de Custeio baseado em dados reais ou históricos

Pode ser definido como um sistema no qual os custos são registrados tais como ocorrem. São aqueles que realmente refletem o que aconteceu. Os custos-padrão devem ser comparados com esses custos reais ou históricos.

Segundo LEONE (2000:187) “Os sistemas de acumulação que empregam custos reais destinam-se quase que exclusivamente, a determinar o

custo dos produtos e serviços para as finalidades de cálculo do lucro individualizado, para a avaliação de estoques para demonstrações de uso externo, para o estabelecimento de preços de venda em produtos e serviços por encomenda e para comparações com informações de custos previsionais (estimados e padrões).”

Sob esse sistema, o produto é debitado pelo custo real do material usado, da mão-de-obra aplicada e por uma estimativa dos gastos gerais de fabricação. Dessa forma, o sistema de custo real contém, um elemento do custo predeterminado.

LEONE (2000:190) menciona que nesse caso, trata-se de um sistema híbrido. “Na maioria das vezes, em primeiro lugar, por questão de tempo, as despesas indiretas de fabricação – mesmo quando se usam custos reais para os outros fatores de produção materiais e mão-de-obra – são estimadas e aplicadas ao custo de produção ou ao custo dos departamentos, aparecendo, aí, figura do sistema híbrido de custeamento.”

3.4.6.2 Sistema de Custeio baseado em dados estimados ou predeterminados.

Custos predeterminados são aqueles que são estabelecidos com antecedência. Assim um sistema de custeio baseado em dados estimados ou predeterminados, indica que, tanto o material quanto a mão-de-obra e os gastos gerais de fabricação são estabelecidos em preços, usos e volumes previstos.

“Os custos predeterminados podem ser estimados com base na “melhor informação disponível no momento” da sua fixação, ou podem ser “padrões” resultantes de um meticuloso estudo de engenharia.” (IOB, 2000:8)

Segundo PELEIAS (2002:89) um padrão “é considerado um modelo ou referencial de comparação para medir quantidade, peso, volume, valor, extensão ou qualidade; é o que deveria ser feito.”

LANG apud PELEIAS (2002:89,90) aponta distinções entre custos-padrão e estimados, que residem basicamente na forma como são estabelecidos. “Os custos-padrão são estabelecidos por um processo de pesquisa científica que utiliza tanto a experiência passada como a necessidade de controle sobre as operações atuais.[...] Por outro lado, custos predeterminados que meramente representam alguma média de experiência passada ou opinião pessoal, não baseados numa abordagem científica dos fatos, são geralmente denominados custos estimados.”

Para MATZ, CURRY & FRANK (1978:532) “Custo-padrão é o custo cientificamente predeterminado para produção de uma única unidade, ou um número de unidades do produto, durante um período específico no futuro imediato.”

DICKEY apud NAKAGAWA (1993:65) afirma que os “custos-padrão são custos cientificamente predeterminados apropriáveis a um produto ou serviço.”

“Efetivamente, o caráter científico dos padrões justifica-se plenamente não apenas porque são elaborados segundo conceitos de engenharia, metrologia e outras ciências exatas, mas também por incorporarem conceitos administrativos, contábeis, econômicos, psicológicos etc., para indicarem os custos que deveriam ser.” (NAKAGAWA, 1993:65)

O estabelecimento de custos-padrão também é muito importante na elaboração de orçamentos. “Elaborar orçamentos sem o uso dos dados de custo-padrão jamais conduz a um sistema real de controle orçamentário.” (MATZ, CURRY & FRANK (1978:532)

Os padrões servem como uma medida que chama a atenção dos gestores, para as variações ocorridas entre os custos-padrão e os custos reais. LEONE (2000:286) menciona que o sistema de custos-padrão não tem utilidade se for implantado solitariamente, ou seja, ele só fornece informações preciosas se estiver acoplado a outro sistema de custeamento com base em custos reais.

Por outro lado, também é necessário que, ao se constatar as variações sejam elas favoráveis ou desfavoráveis, tomem-se em seguida medidas corretivas.

Segundo LEONE (2000:288) “O sistema de custos-padrão, em qualquer empresa, sempre indica quem é o responsável primário pelos desvios. [...] A análise das causas dos desvios tem que ser cuidadosa. Entretanto, essa é uma das grandes potencialidades do sistema de custo-padrão.”

Sobre os responsáveis pelos desvios, NAKAGAWA (1993:67) menciona que “as variações não são repassadas: considerando-se padrões como custo certo, suas variações são de responsabilidade das áreas onde ocorreram; aplica-se aqui o princípio da *accountability*.”

“*Accountability* é a obrigação de se prestar contas dos resultados obtidos, em função das responsabilidades que decorrem de uma delegação de poder.” NAKAGAWA (1993:17)

A responsabilidade corresponde a obrigação de se executar algo, que decorre da autoridade delegada e só se quita com a prestação de contas dos resultados alcançados e mensurados pela contabilidade. A autoridade pode ser delegada, mas a responsabilidade não.

“Sob a ótica do conceito de *accountability*, os padrões e orçamentos fornecem os parâmetros de eficiência e eficácia e fazem parte do processo decisório, porque é, através dos planos aprovados, que os principais executivos da empresa delegam aos gestores de cada área poder e responsabilidade pela execução do que foi planejado e criam a necessidade de prestação de contas dos resultados obtidos (medida de eficácia).” NAKAGAWA (1993:18)

PELEIAS (2002:91) indica que um sistema de padrões deve ser aderente ao processo de gestão, ou seja, “deve ser utilizado em todas as suas etapas (planejamento, execução e controle), garantindo a perfeita formatação dos eventos, transações e atividades, preservando a unidade conceitual e permitindo a comparação entre as situações planejadas e realizadas.”

O sistema de custo-padrão permite avaliar constantemente a eficiência operacional e o desempenho do processo produtivo. Serve para o estabelecimento de orçamentos, estudos econômicos-financeiros e de suporte à tomada de decisões pelos gestores. Fortalece o controle interno mediante as observações feitas sobre as variações ocorridas e sinaliza a necessidade de correções dos desvios a tempo. Propicia o comprometimento dos gestores

com os objetivos da empresa, pois o custo-padrão estabelece o custo que deveria ser. Por conseguinte, afeta a equação de resultados, pelas quais os gestores são responsáveis.

CAPÍTULO 4
APLICABILIDADE DOS CONCEITOS DE CUSTOS
NUMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

4.1 APLICABILIDADE DOS CONCEITOS DE CUSTOS NUMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Alguns fatores externos como a alta competição e a estabilidade econômica tem preocupado as empresas e não é diferente no segmento hospitalar. A continuidade é a capacidade da empresa em manter-se operando ininterruptamente pela adequada utilização dos recursos de que dispõe. O processo de gestão da empresa objetiva alcançar os resultados que contribuam para a continuidade de uma empresa e deve ser estruturado levando-se em conta a sua missão, crenças e valores. Essa filosofia direcionará o processo de gestão que compreende as etapas de planejamento, execução e controle.

Os custos são parte da equação de resultados. O controle adequado dos custos pode conduzir à consecução adequada do planejamento previamente estabelecido no processo de gestão.

Os conceitos fundamentais de custos aplicados às empresas fabris também podem e devem ser aplicados nas instituições hospitalares, entretanto, estas guardam peculiaridades inerentes às atividades que desenvolvem de assistência à saúde, constituindo-se na verdade em um tipo de empresa com um alto grau de complexidade, derivado dos diversos serviços que prestam.

Devido aos diversos tipos de procedimentos médico-hospitalares realizados nestas instituições, há necessidade de praticamente desenvolver outras atividades, além da prestação de serviços de assistência à saúde, tais

como: manutenção de refeitório, lavanderia, centro de esterilização de materiais, almoxarifado e outros.

“A área contábil, ao tomar contato com os acontecimentos diários do hospital, reúne todas as condições para se tornar o centro de informações, canalizando-as para as demais divisões administrativas e, mesmo às fontes externas interessadas em conhecer o desempenho da instituição. Ainda o desenvolvimento de um trabalho com essa dinâmica transforma a Contabilidade em instrumento indispensável, com méritos e aceitação indiscutíveis, dada a preocupação de prover a administração com informações úteis ao processo de avaliação de desempenho.” (MATOS, apud CHINEN 1987:131,132)

4.2 Sistemas de Custos numa Instituição Hospitalar

Assim como em qualquer outro tipo de empresa, numa instituição hospitalar a estrutura básica de um Sistema de Custos também deve contemplar:

- a) um sistema de acumulação de custos;
- b) um método de custeio;
- c) um sistema de custeio.

4.2.1 Sistema de Acumulação de Custos

O Sistema de Acumulação de Custos está diretamente relacionado ao tipo de produto e ao processo de fabricação adotado.

O produto hospitalar é definido por FETTER apud ESTEVES (1992:48) como “uma série de serviços prestados a um paciente como parte do processo de tratamento, controlado pelo médico.”

ESTEVES (1992:48) menciona que há dois tipos de produtos no processo de produção hospitalar:

“produtos intermediários: são na realidade todos aqueles procedimentos e serviços que estão vinculados com o tratamento do paciente, isto é, exames de laboratório, procedimentos radiológicos, medicamentos, cuidados de enfermagem, permanência hospitalar, serviço social, etc.”

“produtos finais: são um conjunto de produtos intermediários que são solicitados e decodificados pelo médico para produzir o produto final do hospital, que é o caso clínico.”

“Tradicionalmente, os produtos finais do hospital têm sido descritos como a saída hospitalar, os pacientes/dia, as intervenções cirúrgicas, etc, estes parâmetros são pouco expressivos no que diz respeito à diversidade e complexidade dos casos clínicos tratados pelo hospital e de pouca utilidade na avaliação da eficiência e efetividade institucional.” (FETTER & VAN ETEN apud ESTEVES, 1992:49)

Os sistemas básicos de acumulação de custos são: o sistema de acumulação por ordem ou encomenda e o sistema de acumulação por processo ou contínua.

Segundo LEONE (2000:186) “a diferença fundamental entre os dois sistemas está no objeto de custo.” Enquanto que para o sistema de ordens de produção o objetivo é determinar o custo do produto ou serviço, para o sistema por processos, a finalidade primeira é acumular o custo dos processos.”

Para ESTEVES (1992:55-56) o sistema de acumulação de custos por processo num hospital, “deve ser aplicado em centros, tais como o laboratório, radiologia, farmácia e nos serviços de enfermagem”, enquanto que o sistema de acumulação de custos por ordem ou encomenda “pode ser usado para a determinação dos custos dos produtos finais do hospital, já que cada caso clínico tem a peculiaridade de consumir uma diversidade de produtos intermediários.”

Neste sistema de acumulação de custos, cada produto (caso clínico) é considerado único. Todos os recursos consumidos no processo de tratamento de um paciente são registrados. Os dados podem ser obtidos da conta corrente do paciente, laboratório, farmácia, prontuário médico, etc, onde são consignados o tipo e a quantidade de produtos intermediários aplicados no tratamento do paciente durante o seu episódio clínico. (SIEGRIST & BURIK apud ESTEVES, 1992:56)

A instituição deveria então adotar um sistema de acumulação de custos híbrido, pois normalmente é desejável conhecer o custo de um determinado centro de custo e/ou o custo de um determinado procedimento médico realizado para um paciente específico. O sistema híbrido atenderia à necessidade de informações de diferentes objetos de custo.

4.2.2 Métodos de Custeio

Da mesma forma que ocorre em qualquer empresa, é importante que sejam analisados os objetivos, a estrutura organizacional e as características

da instituição hospitalar para adotar um método de custeio, ou seja, como serão apropriados os custos aos produtos hospitalares.

Os custos podem ser apropriados aos produtos hospitalares pelos métodos mais usualmente utilizados, como o Método de Custeio por Absorção, o Método de Custeio Variável, o Método de Custeio Baseado em Atividades (ABC).

Assim, cada um dos métodos de custeio produzirá informações diferentes. A adoção de um método de custeio depende de qual informação o gestor necessita, ou o que o gestor considera como relevante e eficiente para auxiliá-lo na tomada de decisões.

Os conceitos fundamentais de custos independem do segmento econômico da empresa, ou seja, o conceito é sempre o mesmo, entretanto estes serão caracterizados no âmbito hospitalar.

4.2.2.1 Classificação dos Custos numa Instituição Hospitalar

➤ Custos Diretos

São os custos que estão clara e diretamente associados ao objeto de custo e podem ser identificados com este de maneira economicamente viável (custo efetivo).

Por exemplo, se o objeto de custo for um centro cirúrgico, na produção de sua atividade fim, o ato cirúrgico, são consumidos recursos referentes a: salários e encargos sociais com funcionários, medicamentos, materiais descartáveis, gases, etc.

➤ **Custos Indiretos**

São os custos que estão relacionados a um determinado objeto de custo, mas não podem ser identificados com este de maneira economicamente viável. São alocados ao objeto de custo através de um método de alocação de custo denominado rateio.

Exemplos de custos indiretos: salários e encargos sociais de chefias, energia elétrica, seguros, aluguéis, etc.

➤ **Custos Fixos**

Os custos fixos são aqueles que permanecem constantes dentro de um intervalo relevante (período de tempo ou volume de atividades). O comportamento do custo fixo mantém-se inalterado até um limite relevante de atividades, ou seja, uma variação extrema de atividades ocasionará alteração no valor do custo fixo.

Como exemplo, pode-se citar a capacidade de um equipamento para atendimento de um determinado volume de pacientes. Quando a demanda supera a capacidade de atendimento deste equipamento há uma variação da depreciação, pois haverá a necessidade de adquirir um segundo aparelho de maior capacidade, elevando assim o gasto com depreciação. Considera-se que esta depreciação é calculada em função da estimativa de vida útil, ou seja, uma depreciação fixa anual, e não em função do efetivo uso, caso em que seria classificada como um custo variável.

➤ **Custos Variáveis**

São os custos que variam em proporção direta ao volume de atividades. Como exemplo, podem ser citados os custos com materiais e medicamentos que aumentam em função do volume de pacientes atendidos.

4.2.2.2 Centros de Custos

Segundo ESTEVES (1992:33) “Os centros de custos podem ser definidos como aquelas unidades do hospital que se caracterizam por realizar atividades homogêneas dentro do processo produtivo da organização. Na elaboração dos diferentes produtos ou serviços são consumidos recursos, os quais têm que ser apropriados na unidade de produção correspondente.”

Os centros de custos podem ser classificados em centros de custos produtivos e centros de custos auxiliares ou de apoio.

Os centros de custos produtivos são aqueles que atuam diretamente no produto-fim. Os centros de custos auxiliares ou de apoio, prestam serviços para os centros de custos produtivos e para outros centros de custos de apoio. Normalmente não estão diretamente relacionados com as atividades fins, entretanto, são necessários para a obtenção do produto final.

Em algumas instituições hospitalares, os centros de custos são classificados em relação ao processo de cuidados como:

- Centro de Custo Final: são aqueles que desenvolvem atividades relacionadas à elaboração do produto final (caso clínico).

- Centro de Custo Intermediário: são aqueles que dão apoio ao processo de produção. Frequentemente, são conhecidos como serviços de diagnóstico e

tratamento como por exemplo: fisioterapia, laboratório, hemoterapia, radiologia, etc.

- Centro de Custo de Atividades Gerais: são aqueles cujo objetivo é o de servir de suporte na execução das diferentes tarefas dos centros intermediários e finais, como por exemplo: administração, nutrição e dietética, almoxarifado, lavanderia, etc.

Dentro de um Centro de Custo poderá haver uma unidade funcional menor, para que seja visualizado o custo das diversas atividades realizadas.

Por exemplo: o Centro de Custo denominado Centro Cirúrgico poderá ter várias unidades de trabalho, tais como: equipe administrativa (que administra o centro, agenda cirurgias); auxiliares de enfermagem (preparação das salas, apoio anestésico e higienização); farmácia (recebimento, armazenagem e controle de materiais e medicamentos utilizados no centro).

4.2.2.3 Critérios de alocação

A expressão alocação refere-se ao ato de levar (ratear) gastos ocorridos em alguma área ou objeto de custo para outras áreas.

Sabe-se que centros de custos prestam serviços entre si, e para alocar os gastos de um centro para o outro é necessário ter uma base ou critério rateio. Existem diversas alternativas e a opção depende do grau de aproximação desejado do custo verdadeiro e do custo do processo de coleta de dados para essa finalidade.

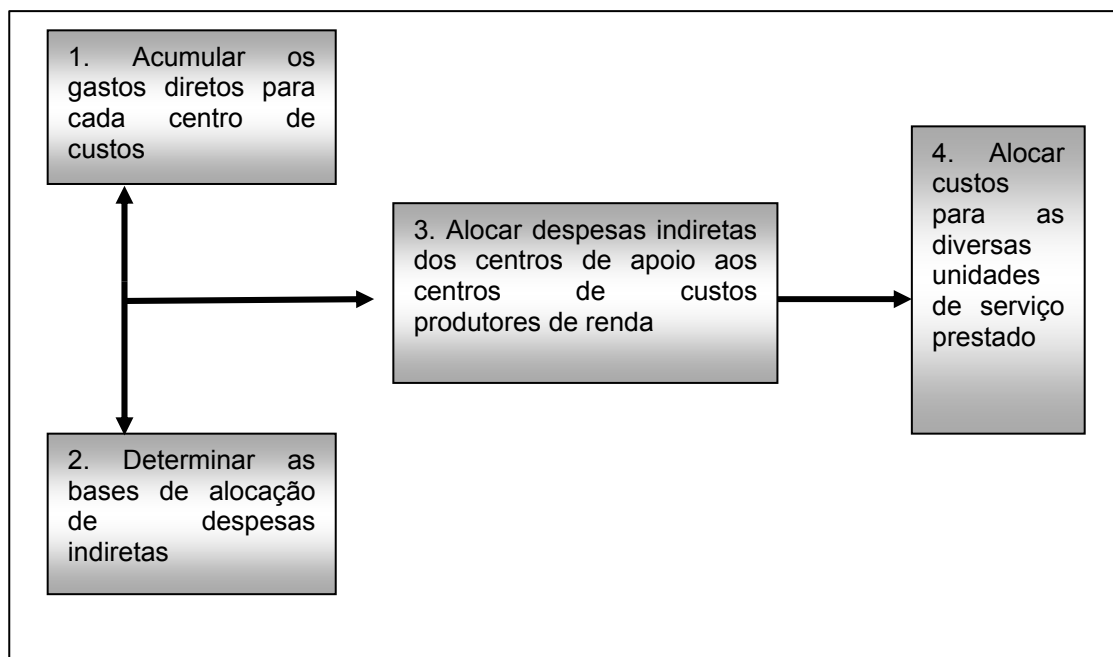
No quadro 4.1, a título de exemplo, são mencionados alguns critérios para alocação dos gastos:

Quadro 4.1 Exemplo de critérios de alocação de gastos numa instituição hospitalar

Centro de custos de serviços gerais	Crítérios de alocação dos gastos
Pessoal	Número de horas trabalhadas
Administrativo e Gerais	Custo acumulado, nº funcionários
Conservação e Reparos	Número de requisições
Lavanderia e Rouparia	Quilos ou número de peças lavadas
Serviço de Nutrição	Número de refeições
Limpeza	Metros quadrados ou horas de serviço

A seleção dos critérios de rateio depende do perfeito conhecimento do processo de trabalho de cada centro de custos de apoio, quais seus produtos e como eles são distribuídos ou consumidos pelos demais centros de custos, tanto de apoio quanto centros produtivos. O grau de conflito organizacional que é gerado entre os centros (pois recebem custos de outros centros) pode ser minimizado com a participação dos responsáveis por estes centros de custos no estabelecimento das bases de rateio. Na figura 4.1 são apresentadas as etapas de alocação de gastos.

Figura 4.1 Etapas no processo de alocação de gastos



Fonte: FALK, James Anthony. *Gestão de Custos para Hospitais. Conceitos, Metodologias e Aplicações*. 1ª ed. São Paulo : Atlas, 2001, p. 60 (adaptado)

4.2.2.4 Metodologias de alocação de custos indiretos: alocação direta, seqüencial e recíproca.

Basicamente, existem três metodologias de alocação dos custos indiretos: alocação direta, alocação seqüencial e alocação recíproca.

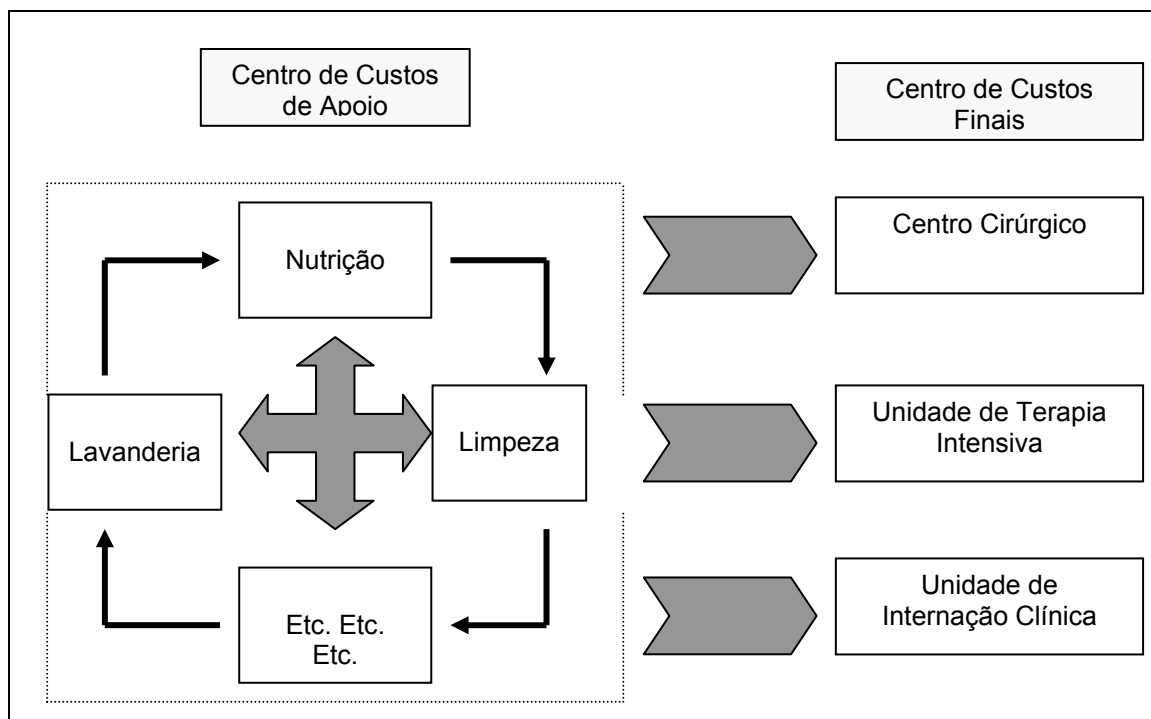
O Método de Alocação Direta (muitas vezes denominado método direto), faz a alocação dos custos de cada centro de custo de apoio diretamente aos centros de custos produtivos. Nesta metodologia não é reconhecido que os centros de custo prestam serviços entre si, ou seja um centro de custo serve aos demais, mas não recebe nenhum serviço de outro centro.

Segundo HORNGREN, FOSTER & DATAR (2000, 339) o Método de Alocação Seqüencial (também chamado de método de alocação passo a passo ou ainda de redução escalar - *step-down*) requer a classificação (em ordem seqüencial) dos centros de custos, de acordo com a ordem em que a alocação passo a passo deve ser efetuada. Os custos dos centros de custos de apoio, classificados em primeiro lugar na seqüência, são alocados aos outros centros de custos de apoio e aos centros de custos produtivos. Os custos dos centros de custos classificados em segundo lugar são alocados aos centros de custos de apoio restantes e aos centros de custos produtivos. O processo repete-se até que os custos do último centro de custo de apoio da lista tenha sido alocado aos centros de custos produtivos.

Quando os centros de custos prestam serviços entre si, diz-se que há uma reciprocidade na prestação de serviços. Assim, o método de alocação recíproca reconhece essa reciprocidade e proporciona resultados mais acurados. A distribuição recíproca de custos vale-se de fórmulas algébricas, como por exemplo, o uso de matrizes.

Na figura 4.2 é representada graficamente a reciprocidade de serviços entre os centros de custos de apoio.

Figura 4.2 Centros de Custos de Apoio e Finais – reciprocidade na prestação de serviços



Fonte: FALK, James Anthony. *Gestão de Custos para Hospitais. Conceitos, Metodologias e Aplicações*. 1ª ed. São Paulo : Atlas, 2001, p. 64 (adaptado)

4.2.3 Sistemas de Custeio

“O Sistema de Custeio, ou forma de custeio, está ligado à dimensão da unidade de mensuração, e indica quais as opções de mensuração, após adotado um método de custeio (baseado em custo real, custos esperados, padronizados, etc).” (PADOVEZE, 2000:44)

Assim, o Sistema de Custeio define como serão mensurados os custos obtidos, independentemente do método de custeio adotado.

Os Sistemas de Custeio diferenciam-se em função dos dados contábeis utilizados. Existe o sistema de custeio baseado em dados reais e o sistema de custeio baseado em dados predeterminados.

O Sistema de Custeio baseado em dados reais é o sistema no qual os custos são registrados tais como ocorrem, ou seja, refletem realmente o que aconteceu.

Em resumo, o Sistema de Custeio baseado em dados predeterminados, é aquele em que os custos são estabelecidos com antecedência. Os custos predeterminados são classificados em custos estimados e custos-padrão. Os custos estimados são definidos com base na melhor informação disponível naquele momento, por alguma experiência passada ou ainda opinião pessoal. Por outro lado o custo-padrão reveste-se de caráter científico, pois é determinado com base em conceitos de ciências exatas (como por exemplo a estatística) e conceitos administrativos, contábeis e outros, para indicarem os custos que deveriam ser.

4.2.3.1 O Custo-padrão nas Instituições Hospitalares

Em instituições hospitalares o estabelecimento de “pacotes” tem configurado o uso do Sistema de Custeio predeterminado: custo-padrão.

CHING & SOUZA (1999:2) mencionam “A relativa previsibilidade de vários procedimentos adotados e a tendência crescente na área hospitalar de fixar preços para procedimentos completos, incluindo, por exemplo, uma intervenção cirúrgica e todo o período de internação, até a recuperação do

paciente, tem levado várias instituições hospitalares a seguirem a estratégia do preço fixo por procedimento ou, no linguajar não técnico: preço por pacote".

PELEIAS (2002:95) identificou a aplicação do custo-padrão em segmentos econômicos diferentes das indústrias, dentre os quais os segmentos de:

“- serviços hospitalares: utilização conjunta do custo-padrão e dos orçamentos flexíveis na mensuração de custos diários de internação de pacientes e de grupos de serviços relacionados a diagnósticos” (CHANDLER apud PELEIAS, 2002:95)

“- empresas prestadoras de serviços de saúde: ocorre, geralmente, pela implementação de dois sistemas: o primeiro, perfis de custo-padrão, orientados para a mensuração da eficiência operacional, relativos à oferta de produtos intermediários departamentais dessas empresas (especialidades médicas e serviços relacionados); o segundo, protocolos de tratamento-padrão orientados para a eficácia gerencial, relativos aos protocolos de tratamento aplicáveis à categorias de pacientes predefinidas.” (CLEVERLEY apud PELEIAS, 2002:96)

O processo para determinação de um “pacote” é similar ao empregado para determinação do custo-padrão nas indústrias manufatureiras. Dentro do contexto hospitalar, o “pacote” seria o custo predeterminado de um procedimento, ou melhor esclarecendo - o custo que deveria ser.

Para determinação do custo-padrão em instituições hospitalares, há necessidade de estabelecimento de “protocolos”.

Protocolos são “uma síntese dos procedimentos mais adequados para se tratar um determinado caso, baseado em evidências reais de que aquela conduta trará os melhores resultados para a recuperação do paciente, levando

em consideração o estágio de conhecimento científico sobre o problema, os recursos terapêuticos disponíveis na instituição e a prática médica adotada pela equipe médica responsável por casos daquela natureza abordada pelo protocolo.” (CHING & SOUZA, 1999:2-3)

Existe uma série de exemplos de protocolos de conduta médica para realização de procedimentos, divulgados pelo Hospital Israelita Albert Einstein na Internet. Segundo o Hospital Israelita Albert Einstein o estabelecimento dos protocolos de conduta médica caracterizam a busca constante de aprimoramento e por conseqüência o enquadramento no conceito de qualidade, no qual deve-se planejar, executar, medir e corrigir. A padronização de condutas, permite não apenas um aprimoramento da qualidade dos serviços prestados como também uma maior eficiência na utilização dos recursos empregados.

O Hospital Israelita Albert Einstein relata ainda que foi instituída uma Coordenação Médica e uma Comissão de Normas e Procedimentos envolvendo mais de 250 profissionais médicos e não médicos de forma multiprofissional e multidisciplinar na elaboração de mais de 120 protocolos de conduta.

A elaboração dos protocolos seguiu a seguinte rotina:

- formatação de modelos para garantir a uniformização das apresentações;
- escolha dos temas baseada na seleção de procedimentos de alta freqüência e de alta complexidade/custos na instituição;
- reuniões com especialidades médicas e equipes multidisciplinares para discussão dos temas e formalização das propostas;

- análise pela Comissão de Normas, economia em saúde, epidemiologia e enfermeira de protocolos;
- formatação final;
- aprovação por todos os envolvidos e pelos departamentos médicos relacionados;
- implantação.

“As medições quantitativas e qualitativas e os métodos de engenharia traduzem-se em custos, a fim de se atingir um custo-padrão. Deve-se pensar em um padrão em termos de itens específicos, tais como quilos de materiais, horas de mão-de-obra exigidas e horas de capacidade da fábrica a empregar. Esses padrões físicos que formam a base de cálculo de um custo-padrão devem ser fixados com a maior precisão.” MATZ, CURRY & FRANK (1978:532,533)

Analogamente, em instituições hospitalares, o custo-padrão pode ser determinado a partir da identificação destes mesmos itens. Por exemplo, para determinar um “pacote” (custo-padrão) para realização de um parto cesárea, deverá ser observado o protocolo que indicará a conduta médica adequada para este caso. No protocolo estará indicada a quantidade de diárias de internações necessárias, a quantidade de horas no centro cirúrgico, os tipos e quantidades de exames de diagnósticos como por exemplo hemograma e ultrassonografia e os medicamentos e materiais tais como medicamentos diversos, soro fisiológico, agulhas descartáveis, seringa, equipo de soro, etc.

Custo-padrão dos materiais e medicamentos: segundo MATZ, CURRY & FRANK (1978:538) “Calcula-se o custo dos materiais-padrão de uma unidade

multiplicando-se a quantidade-padrão pelo preço-padrão. Se o preço real pago por um artigo é maior ou menor do que o preço-padrão, ocorre uma variação de preço”.

Assim, na instituição hospitalar, o custo-padrão dos materiais e medicamentos é obtido pela quantidade padrão determinada no protocolo de conduta médica para aquele procedimento, multiplicada pelo preço padrão.

Para MATZ, CURRY & FRANK (1978:538) os padrões de preço permitem conferir o desempenho do departamento de compras e medir o efeito dos aumentos ou reduções de preço sobre os lucros da empresa.

Segundo PELEIAS (2002:93) “Muitas vezes, torna-se difícil exercer controle sobre os padrões de preço de materiais, pois estes são determinados mais por fatores externos do que pelos gestores. Essa situação leva algumas empresas a um monitoramento constante da evolução dos preços, a fim de evitar problemas que eventuais majorações venham causar em seu abastecimento.”

Com relação à quantidade de materiais e medicamentos, calcula-se as variações, comparando-se a quantidade real consumida apreçada a custo-padrão, com a quantidade-padrão estabelecida no protocolo de conduta médica.

O custo-padrão de mão-de-obra direta: MATZ, CURRY & FRANK (1978:540) definem dois padrões para o estabelecimento do custos da mão-de-obra direta: uma taxa-padrão (salário ou custo) e um tempo-padrão (uso ou eficiência).

Numa instituição hospitalar a taxa-padrão de mão-de-obra direta, refere-se aos valores pagos ao pessoal diretamente relacionado com a prestação daquele procedimento. O tempo-padrão refere-se às horas ou minutos determinados no protocolo de conduta médica para realização daquele procedimento. O tempo-padrão deve ser estabelecido levando-se em conta também as paralisações no decorrer da jornada de trabalho, férias e feriados previstos no período.

“Os estudos de tempos e movimentos, destinados a determinar os tempos-padrão necessários para cada operação, devem levar em consideração alguns aspectos de difícil controle que afetam muito a eficiência de cada operário. Saúde, hábitos, fatores psicológicos como responsabilidade, maturidade, relações humanas, perseverança, amor-próprio, ambição e idade são variáveis que exercem papel proeminente no trabalho. A investigação dessa influência é uma tarefa muito delicada e dispendiosa pois, além de interferir com as pessoas, é baseada em conhecimentos técnicos e científicos muito específicos.” (LEONE, 2000:304)

Outros aspectos de difícil controle a serem considerados para o estabelecimento do tempo-padrão, são os relacionados com o estado de saúde de cada paciente. Como por exemplo, o protocolo de conduta médica para realização de um parto cesárea poderá estabelecer o tempo de 60 minutos para realização do procedimento, entretanto poderão ocorrer complicações no decorrer do ato cirúrgico estendendo-se o tempo por mais de 60 minutos.

Os custos-padrão da mão-de-obra direta são calculados por meio da multiplicação da taxa-padrão de mão-de-obra direta pelo tempo empregado pelo pessoal envolvido na prestação daquele procedimento.

O custo-padrão dos gastos gerais: nas instituições hospitalares, os gastos gerais são custos não identificados diretamente à realização do procedimento, ou seja, são os custos indiretos.

Segundo PELEIAS (2002:94) “Sua determinação considera a definição do volume normal de atividades, que é o nível de produção esperado ou programado para um determinado período dentro da capacidade de produção nominal da empresa.”

Para fixação do padrão de gastos gerais são necessários seguir as seguintes etapas:

- definição dos centros de custo de apoio à produção, serviços e produtos;
- definição do volume normal de produção;
- identificação das despesas totais das áreas, compostas de fixas e variáveis, de acordo com o volume normal de produção;
- definição dos critérios de alocação dos gastos gerais das áreas de apoio e serviços às áreas produtivas;
- definição dos critérios de alocação dos gastos gerais das áreas de produção, já afetados pelos gastos das áreas de apoio e serviços, à produção planejada. As alocações são calculadas com base em medidas físicas de produção, tais como volume de serviços prestados, horas trabalhadas ou metragem quadrada.

As variações identificadas nos gastos gerais apontam capacidade ociosa, volume de produção e eficiência operacional.

Através do sistema de custeio predeterminado - custo-padrão é possível confrontá-lo com os custos reais, obtendo-se assim as variações que permitem identificar as causas dos desvios ocorridos.

LEONE (2000:287) menciona que “não adianta muito fazer a análise dos desvios, descobrir suas causas e seus responsáveis sem que se tome, em seguida, as medidas corretivas pertinentes e sem que a Contabilidade de Custos faça o acompanhamento constante do sucesso da implantação dessas medidas e da influência que está tendo em outra atividade empresarial.”

Segundo MATZ, CURRY & FRANK (1978,534:535), além de promover e medir eficiências, controlar e reduzir os custos, simplificar os procedimentos de custos e avaliar inventários, o uso do custo-padrão é uma maneira inteligente de estimar preços de vendas.

Com referência ao aspecto da determinação do preço de venda, para as instituições hospitalares pode se constituir em uma excelente ferramenta propiciando uma maior segurança nas negociações dos pacotes com as operadoras de planos de saúde.

Sobre a revisão dos padrões MATZ, CURRY & FRANK (1978:533) mencionam que “na realidade, em muitas situações, nunca se modifica um padrão, exceto quando ocorrem mudanças nos métodos de operação ou nos produtos. Somente modificar-se-á a parte monetária, quando flutuarem as taxas de mão-de-obra ou os preços de materiais e outros.”

Aplica-se também no âmbito hospitalar este conceito. As revisões dos pacotes ocorrerão por conta de alterações dos protocolos que são a conduta médica a ser adotada para aquele procedimento e por alterações dos preços de materiais e medicamentos e das taxas de mão-de-obra.

PELEIAS (2002:140) menciona que “As atualizações nos padrões devem refletir a preocupação dos gestores em tomar as melhores decisões sobre os eventos, transações e atividades sob sua responsabilidade, a necessidade de melhoria contínua e a busca por melhores resultados. Do ponto de vista estratégico, tais atualizações colaboram para o alcance da missão da empresa, na medida em que oportunidades identificadas são absorvidas, ameaças podem ser afastadas, pontos fracos são superados e pontos fortes são ressaltados e preservados.”

A adoção do custo-padrão em instituições hospitalares, assim como em empresas de outros segmentos econômicos, fornece informações relevantes aos gestores pois revela prontamente as variações ocorridas quando confrontadas com o custo real. As causas podem ser analisadas e medidas corretivas podem ser tomadas para suprimir as ineficiências.

Para PELEIAS (2002:29) eficiência diz respeito ao método, à forma de execução das atividades num determinado período, e é medida quando comparada a um parâmetro predefinido, tido como ideal. O custo-padrão representa este parâmetro, pois é o custo que deveria ser. E eficácia está relacionada ao atingimento de metas, à realização da coisa certa, no momento certo, empregando recursos e meios mais adequados ao cumprimento dos planos. O parâmetro representativo é o orçamento, que demonstra os objetivos e metas que se pretende atingir, para que a empresa cumpra sua missão. Elaborar orçamentos sem o uso de dados de custo-padrão jamais conduzirá a um sistema real de controle orçamentário. Com o uso de custo-padrão, o orçamento transforma-se em um resumo de padrões, para todos os itens de receita e de custos.

CAPÍTULO 5
APLICAÇÃO PRÁTICA DOS MÉTODOS DE CUSTEIO

5. APLICAÇÃO PRÁTICA DOS MÉTODOS DE CUSTEIO

Para responder o problema caracterizado neste trabalho, ou seja, o de verificar se é possível determinar qual o método de custeio mais adequado para custear os serviços ou procedimentos hospitalares e apontar qual o determinante para julgar que o método seja adequado, foi oferecida uma solução na forma de uma hipótese, ou seja, foi utilizado um método de abordagem hipotético-dedutivo. A hipótese a ser testada é a de verificar se o método de custeio é capaz de gerar informação útil para subsidiar a tomada de decisão pelos gestores.

Para testar a hipótese, foi elaborado o exemplo de uma instituição hospitalar a partir da pesquisa bibliográfica realizada. Para corroborar ou não a hipótese, foram comparadas as aplicações dos Métodos de Custeio por Absorção, Custeio Baseado em Atividades e Custeio Variável.

LAKATOS & MARCONI (1992:106) mencionam que o método comparativo é um método de procedimento que permite analisar o dado concreto, deduzindo do mesmo os elementos constantes, abstratos e gerais. Constitui uma verdadeira “experimentação indireta”.

5.1 - Descrição do exemplo

Considerando-se a complexidade de uma instituição hospitalar, optou-se por apresentar um exemplo com uma estrutura organizacional simples, o que não prejudica a análise dos métodos de custeio.

A instituição hospitalar considerada neste exemplo não atende patologias específicas, ou seja, é um hospital geral, de pequeno porte, com realização de cirurgias eletivas.

A receita obtida pela instituição hospitalar advém de pacientes particulares e de operadoras de planos de saúde (remuneração de serviços utilizados por pacientes que utilizam o sistema privado de saúde).

Para este exemplo foi considerado que todos os funcionários, inclusive o corpo clínico, foram contratados obedecendo o regime estabelecido pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).²

5.1.1 - Objeto de Custo

O objeto de custo definido foi a realização de uma cirurgia no Centro Cirúrgico. O exemplo da cirurgia foi adaptado com base no protocolo de conduta buco-maxilar do Hospital Israelita Albert Einstein divulgado na Internet, denominada Osteotomia mandibular (para deformidades). Trata-se de uma cirurgia eletiva para atendimento de pacientes com deformidades mandibulares não tumorais.

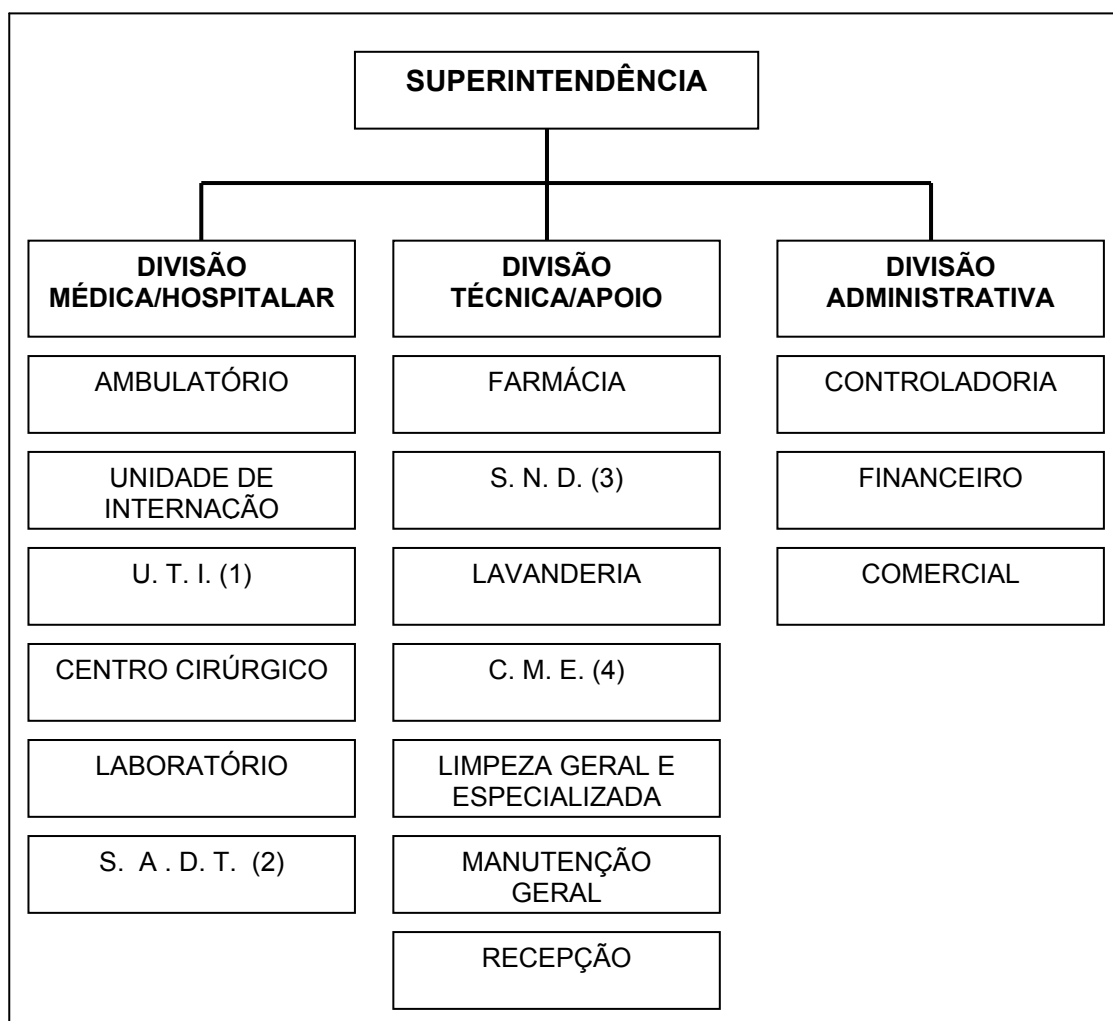
O tempo de duração da cirurgia é estimado em 120 minutos. O tempo previsto de internação hospitalar é de doze horas. Para este exemplo foi considerado que o paciente foi admitido na unidade de internação às 07:00 hs e obteve alta às 19:00 hs do mesmo dia.

² A CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) foi aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452 de 01/05/43 e estatui as normas que regulam as relações individuais e coletivas de trabalho entre empregado e empregador.

5.1.2 - Estrutura Organizacional

Na figura 5.1 é representada graficamente a estrutura organizacional da instituição hospitalar do exemplo.

Figura 5.1 – Estrutura organizacional da instituição hospitalar do exemplo



- (1) U.T.I. – Unidade de Terapia Intensiva
 (2) S.A.D.T. – Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Tratamentos
 (3) S.N.D. – Serviços de Nutrição e Dietética
 (4) C.M.E. – Central de Material Esterilizado

A caracterização das divisões para este exemplo foram adaptadas com base na pesquisa realizada por QUAGLIO (2002:80-116).

Na Divisão Médica / Hospitalar são prestados os serviços finais aos pacientes.

No Ambulatório são realizados os atendimentos agendados, com hora marcada, de pacientes sem patologias de urgência ou emergência. Funciona como um importante canal de entrada ao hospital, gerando internações, serviços de diagnósticos e exames laboratoriais.

Na Unidade de Internação são acomodados os pacientes com patologias que requeiram assistência médica e de enfermagem, quer tenham sido ou não submetidos a intervenções cirúrgicas.

Na UTI (Unidade de Terapia Intensiva) são realizados os atendimentos de pacientes em estado grave de saúde ou sob risco iminente de vida, nas mais diversas situações e especialidades.

No Centro Cirúrgico são realizadas as intervenções cirúrgicas eletivas (para este exemplo) e também o acompanhamento da recuperação pós-anestésica dos pacientes.

No Laboratório são realizadas coletas e análises de materiais como sangue, urina e secreções, necessários à complementação dos dados clínicos, objetivando a confirmação ou estabelecimento do(s) diagnóstico(s) do paciente. Também são realizadas análises de materiais (peças de biópsia) para confirmação de diagnósticos pós-cirúrgicos e ambulatoriais, através de exames histológicos.

No SADT (Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Tratamentos) são realizados os serviços de radiologia geral, angiografias, mamografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, ultra-sonografias, eletrocardiogramas, ecocardiogramas. Estes serviços servem de apoio para

diagnósticos e tratamentos propiciando orientação quanto aos métodos terapêuticos clínicos ou cirúrgicos a serem adotados.

Na Divisão Técnica / Apoio são prestados os serviços técnicos e de apoio às unidades da Divisão Médica / Hospitalar.

Na Farmácia são armazenados, distribuídos e controlados os medicamentos e materiais. Conforme a prescrição médica, são feitas a separação e identificação dos itens (materiais e medicamentos) por paciente e entregue nos postos de enfermagem.

No SND (Serviços de Nutrição e Dietética) são elaboradas e distribuídas a alimentação específica dos pacientes e também são servidas refeições para os funcionários.

Na Lavanderia são realizadas as atividades de higienização e distribuição de roupas e peças utilizadas pelo hospital.

Na CME (Central de Material Esterilizado) são prestados os serviços de esterilização de todos os materiais, instrumental cirúrgico, vestimentas especiais, campos cirúrgicos, drenos, gases e compressas utilizados nos procedimentos invasivos no paciente.

A unidade de Limpeza Geral e Especializada é responsável pela limpeza geral das dependências do hospital e limpeza especializada nos ambientes de atendimento aos pacientes, tais como quartos de internação, centros cirúrgicos, etc.

Na unidade de Manutenção Geral são realizados os serviços de manutenção dos equipamentos, prédios e instalações. São realizados também por esta unidade o controle e manutenção dos reservatórios de água e do sistema de manejo de resíduos.

Na Recepção são realizados os processos de admissão dos pacientes. É coordenada a ocupação e acomodação de acordo com tipo de classe (particular ou convênios) e condição patológica. É realizada também a documentação dos pacientes internados.

Na Divisão Administrativa são realizados os serviços que contribuem para o processo de gestão da instituição. Normalmente é composta de diversas unidades, entretanto, para este exemplo foram adotadas três grandes unidades: Controladoria, Financeiro e Comercial.

Na Controladoria foram agrupadas as atividades de Contabilidade, Custos e Orçamentos, Fiscal, Recursos Humanos e Informática. A Controladoria exerce a função de subsidiar o processo de gestão, auxiliando os gestores no planejamento, execução e controle das atividades da instituição hospitalar.

No Financeiro foram agrupadas as atividades de Tesouraria, Contas a Pagar, Contas a Receber e Faturamento. Exerce o controle da captação e aplicação dos recursos financeiros.

No Comercial foram agrupadas as atividades de Compras, Vendas e Marketing. Exerce o controle do abastecimento de suprimentos (materiais médicos, medicamentos, órteses e próteses, nutrição e alimentação, materiais de manutenção e construção, bens de consumo e bens patrimoniais). Exerce também a função de administrar, fixar e negociar o preço dos serviços prestados junto às operadoras de planos de saúde.

5.2 - Aplicação do Método de Custeio por Absorção

Segundo MARTINS (2000:41,42) “Custeio por absorção é o método derivado da aplicação dos princípios de contabilidade geralmente aceitos (...) Consiste na apropriação de todos os custos de produção aos bens elaborados, e só os de produção; todos os gastos relativos ao esforço de fabricação são distribuídos para todos os produtos feitos.”

Os custos diretos são aqueles que podem ser facilmente identificados com o objeto de custo. Os custos indiretos são aqueles que não são facilmente identificados com o objeto de custo, necessitando de algum critério de rateio para que sejam alocados ao objeto de custo.

Os custos da instituição hospitalar foram divididos em custos com mão-de-obra, custos com materiais e outros custos. Os custos foram acumulados em centros onde se realizam atividades da mesma natureza, denominado Centros de Custos.

5.2.1 - Centros de Custos

Nos Centros de Custos foram agregadas as atividades homogêneas e acumulados os custos.

As unidades que compõem a Divisão Médica / Hospitalar são classificadas como Centros de Custos Finais, pois prestam serviços finais aos pacientes.

As unidades que compõem a Divisão Técnica / Apoio são classificadas como Centros de Custos de Apoio, pois prestam serviços de apoio aos Centros

de Custos Finais, como por exemplo, as unidades de Farmácia e Serviço de Nutrição e Dietética. Também prestam serviços entre si, ou seja, entre as demais unidades componentes da Divisão Técnica / Apoio e aos Centros de Custos Administrativos como por exemplo as unidades Comercial e Financeiro e aos Centros de Custos de Apoio como por exemplo a Manutenção Geral e a Limpeza.

As unidades que compõem a Divisão Administrativa são classificadas como Centros de Custos Administrativos e prestam serviços entre si e para os Centros de Custos de Apoio e Centros de Custos Finais.

O objeto de custo definido foi uma cirurgia. A cirurgia é realizada no Centro Cirúrgico e o mesmo é classificado como um Centro de Custo Final. Este centro recebe serviços dos Centros de Custos de Apoio e Administrativos. Para obter o custo de uma cirurgia aplicando-se a Metodologia do Custeio por Absorção, é necessário identificar o custo do Centro de Custo Final: Centro Cirúrgico.

5.2.2 - Custos com Mão-de-Obra

No quadro 5.1 são apresentados os custos com mão-de-obra em cada um dos Centros de Custos. Os custos com mão-de-obra são a somatória dos salários e adicionais, encargos sociais e outros benefícios.

Quadro 5.1 – Custos com mão-de-obra

Custos com mão-de-obra Período de 01/06/x2 a 30/06/x2			
Centros de Custos Finais	Custo Fixo	Custo Variável	Custo Total
Ambulatório	22.724,00	13.770,00	36.494,00
Unidade de Internação	66.908,00	23.572,00	90.480,00
Unid.Terapia Intensiva (UTI)	50.485,00	46.097,00	96.582,00
Centro Cirúrgico	168.292,80	100.432,80	268.725,60
Laboratório	46.597,00		46.597,00
S. A. D. T.	59.541,00		59.541,00
Totais	414.547,80	183.871,80	598.419,60
Centros de Custos de Apoio			
Centros de Custos de Apoio	Custo Fixo	Custo Variável	Custo Total
Farmácia	20.358,00		20.358,00
S.N.D.	16.739,00		16.739,00
Lavanderia	12.516,00		12.516,00
C.M.E.	17.493,00		17.493,00
Limpeza Geral e Especializada	13.270,00		13.270,00
Manutenção Geral	10.255,00		10.255,00
Recepção	12.818,00		12.818,00
Totais	103.449,00		103.449,00
Centros de Custos Administrativos			
Centros de Custos Administrativos	Custo Fixo	Custo Variável	Custo Total
Controladoria	24.279,00		24.279,00
Financeiro	21.112,00		21.112,00
Comercial	21.866,00		21.866,00
Totais	67.257,00		67.257,00
TOTAL GERAL	585.253,80	183.871,80	769.125,60

5.2.3 - Custos com Materiais

Os custos com materiais médicos e medicamentos são diretamente lançados nos prontuários dos pacientes. Os demais custos com materiais

apresentados no quadro 5.2 tratam-se de gêneros alimentícios, materiais de manutenção, materiais de higiene e limpeza, materiais de expediente e materiais não reembolsáveis pelos pacientes, como por exemplo, aventais descartáveis.

Quadro 5.2 - Custos com materiais

Custos com materiais Período de 01/06/x2 a 30/06/x2			
Centros de Custos Finais	Custo Fixo	Custo Variável	Custo Total
Ambulatório		4.014,34	4.014,34
Unidade de Internação		5.428,80	5.428,80
Unid.Terapia Intensiva (UTI)		5.794,92	5.794,92
Centro Cirúrgico		10.749,02	10.749,02
Laboratório		3.261,79	3.261,79
S. A. D. T.		4.167,87	4.167,87
Totais		33.416,74	33.416,74
Centros de Custos de Apoio			
Centros de Custos de Apoio	Custo Fixo	Custo Variável	Custo Total
Farmácia		3.504,00	3.504,00
S.N.D.		28.782,00	28.782,00
Lavanderia		4.250,00	4.250,00
C.M.E.		7.250,00	7.250,00
Limpeza Geral e Especializada		13.257,00	13.257,00
Manutenção Geral		7.380,00	7.380,00
Recepção		3.210,00	3.210,00
Totais		67.633,00	67.633,00
Centros de Custos Administrativos			
Centros de Custos Administrativos	Custo Fixo	Custo Variável	Custo Total
Controladoria		2.250,00	2.250,00
Financeiro		1.080,00	1.080,00
Comercial		1.380,00	1.380,00
Totais		4.710,00	4.710,00
TOTAL GERAL		105.759,74	105.759,74

5.2.4 – Outros Custos

No quadro 5.3 estão relacionados os custos comuns a todos os Centros de Custos, classificando-se em relação aos objetos de custos Centro de Custos Finais como custos indiretos.

Quadro 5.3 – Custos comuns

Outros Custos	Período de 01/06/x2 a 30/06/x2		
	Custo Fixo	Custo Variável	Custo Total
Custos comuns aos Centros de Custos			
Depreciação	44.268,00		44.268,00
Seguros	14.979,00		14.979,00
Água		17.403,00	17.403,00
Energia Elétrica		41.330,00	41.330,00
Telefone / Comunicações		8.260,00	8.260,00
TOTAL GERAL	59.247,00	66.993,00	126.240,00

Para este exemplo, os gastos com depreciação foram considerados como custo fixo. A depreciação foi calculada pelo método linear, em função do tempo de vida útil estimado.

Para efeito de simplificação deste exemplo, os gastos com água, energia elétrica e telefone/comunicações foram considerados como custos variáveis. Na prática tratam-se de custos semivariáveis, pois contêm uma parcela de custo fixo, que é a taxa mínima cobrada pela concessionária de serviço público

e uma parcela de custo variável, que representa o uso efetivo do serviço pela empresa.

5.2.5 - Critérios de Rateio

Para alocação dos custos indiretos foram adotados diversos critérios, como por exemplo, área ocupada em metros quadrados, número de funcionários, quilos de roupa lavada, número de refeições servidas e outros.

Os dados utilizados para aplicação dos critérios de rateio, encontram-se no Anexo A .

5.2.6 – Etapas da aplicação do Método de Custeio por Absorção

1ª Etapa: Alocação dos custos comuns aos Centros de Custos.

A primeira etapa realizada foi alocar os custos comuns relacionados no quadro 5.3, aos Centros de Custos Finais, de Apoio e Administrativos.

Os custos com depreciação, seguros, água e energia elétrica, foram alocados para os Centros de Custos Finais, de Apoio e Administrativos através de rateios. O critério de rateio adotado foi a área ocupada pelos centros de custos, em metros quadrados, conforme dados expostos no Anexo A.

Os custos com telefone/comunicações foram alocados para os Centros de Custos Finais, de Apoio e Administrativos, com base no número de ramais de telefone de cada centro de custo, conforme dados expostos no Anexo A.

O resultado da alocação dos custos comuns aos Centros de Custos Finais, de Apoio e Administrativos está demonstrado no quadro 5.4. Os detalhes do rateio estão demonstrados no Anexo B e o resumo dos Centros de Custos, após a alocação dos custos comuns, estão demonstrados no Anexo C.

Quadro 5.4 - Outros Custos

Outros Custos Período de 01/06/x2 a 30/06/x2			
Centros de Custos Finais	Custo Fixo	Custo Variável	Custo Total
Ambulatório	2.138,88	2.946,32	5.085,21
Unidade de Internação	8.555,52	9.142,10	17.697,62
Unid.Terapia Intensiva (UTI)	6.416,64	6.856,57	13.273,22
Centro Cirúrgico	13.902,73	14.442,91	28.345,64
Laboratório	4.277,76	4.571,05	8.848,81
S. A. D. T.	4.277,76	4.571,05	8.848,81
Totais	39.569,29	42.530,01	82.099,31
Centros de Custos de Apoio	Custo Fixo	Custo Variável	Custo Total
Farmácia	2.138,88	2.450,72	4.589,61
S.N.D.	4.277,76	4.736,25	9.014,01
Lavanderia	2.566,66	2.874,79	5.441,45
C.M.E.	2.138,88	2.781,12	4.920,01
Limpeza Geral e Especializada	1.497,22	1.814,63	3.311,84
Manutenção Geral	1.497,22	1.814,63	3.311,84
Recepção	1.069,44	2.051,36	3.120,80
Totais	15.186,05	18.523,51	33.709,56
Centros de Custos Administrativos	Custo Fixo	Custo Variável	Custo Total
Controladoria	1.497,22	1.979,83	3.477,04
Financeiro	1.497,22	1.979,83	3.477,04
Comercial	1.497,22	1.979,83	3.477,04
Totais	4.491,66	5.939,49	10.431,15
TOTAL GERAL	59.247,00	66.993,00	126.240,00

2ª Etapa: Alocação dos custos dos Centros de Custos de Apoio e Administrativo para os Centros de Custos Finais.

Conforme descrito no item 5.2.1 os Centros de Apoio e Administrativos prestam serviços entre si. Como o objeto de custo definido foi uma cirurgia e a mesma é realizada no Centro de Custo Final: Centro Cirúrgico, foi necessário alocar para este centro os custos dos Centros de Custos de Apoio e da Administração. Foi adotado o Método de Alocação Recíproca. Este método conduz a uma alocação mais acurada, tendo em vista reconhecer os diversos serviços prestados mutuamente entre os centros de custos.

Segundo IUDÍCIBUS (1993:108) “a alocação recíproca respeita o efetivo fluxo de serviços entre os departamentos, sem deixar de fora e sem assumir hipóteses baseadas, apenas no bom senso, mas que, nem sempre, são completas para os rateios.”

Os custos dos Centros de Custos Administrativos foram alocados para os Centros de Custos Finais e de Apoio, em função do número de funcionários de cada centro de custo.

Os custos dos Centros de Custos de Apoio foram alocados da seguinte maneira:

- Centro de Custo Farmácia: este centro presta serviços diretamente para os Centros de Custos Finais, entretanto antes da sua alocação para os Centros de Custos Finais recebeu custos dos Centros de Custos de Apoio e Administrativo. O critério para alocação de seus custos para os Centros de Custos Finais foi em função do número de ordens de serviço apresentado por cada Centro de Custo, conforme dados expostos no Anexo A .

- Centro de Custo SND (Serviço de Nutrição e Dietética): os custos foram alocados em função do número de refeições servidas para cada centro de custo.

- Centro de Custo Lavanderia: os custos foram alocados em função da quantidade em quilos de roupa lavada para cada centro de custo.

- Centro de Custo CME (Central de Material Esterilizado): este centro também presta serviços diretamente para os Centros de Custos Finais. Antes da sua alocação para os Centros de Custos Finais, recebeu custos dos Centros de Custos de Apoio e Administrativo. O critério para alocação de seus custos para os Centros de Custos Finais foi o percentual de utilização dos serviços de esterilização de materiais e instrumentos de cada centro de custo, conforme dados expostos no Anexo A .

- Centro de Custo Limpeza Geral e Especializada: os custos foram alocados em função do número de horas gastas na execução da limpeza de cada centro de custo.

- Centro de Custo Manutenção: os custos foram alocados em função do número de requisições feitas por cada centro de custo.

- Centro de Custo Recepção: este centro presta serviços diretamente aos Centros de Custos Finais e antes de sua alocação recebeu custos dos Centros de Custos de Apoio e Administrativo. O critério de alocação de seus custos para os Centros de Custos Finais adotado, foi o número de pacientes atendidos pelos centros de custo, conforme dados expostos no Anexo A.

Com base nos dados exibidos no Anexo A, foi elaborada uma planilha para demonstrar o consumo de serviços de cada centro de custo em porcentagens. A planilha está exibida no Anexo D.

O método de alocação recíproca foi desenvolvido com o auxílio da planilha eletrônica Excel ®³, utilizando-se as funções matemáticas de matrizes algébricas (matriz inversa e multiplicação de matriz). As matrizes de trabalho estão exibidas no Anexo E.

Os custos dos Centros de Apoio e Administrativos a serem alocados para os Centros de Custos Finais totalizavam \$ 287.189,69, conforme exposto no Anexo C. O resultado da aplicação da técnica matemática de matrizes pode ser observado no Anexo F.

No quadro 5.5 é exibido o resumo dos Centros de Custos Finais após os rateios recebidos dos Centros de Custos de Apoio e Administrativo.

Quadro 5.5 – Centros de Custos Finais

CENTROS DE CUSTOS FINAIS - 01/06/x2 a 30/06/x2					
CENTROS DE CUSTOS FINAIS	ITENS DE CUSTOS				TOTAL
	MÃO-DE-OBRA	MATERIAIS	OUTROS CUSTOS	RATEIOS RECEBIDOS	
AMBULATÓRIO	36.494,00	4.014,34	5.085,21	33.923,91	79.517,46
UNIDADE INTERNAÇÃO	90.480,00	5.428,80	17.697,62	93.466,10	207.072,52
U T I (1)	96.582,00	5.794,92	13.273,22	35.994,17	151.644,31
CENTRO CIRÚRGICO	268.725,60	10.749,02	28.345,64	87.922,80	395.743,06
LABORATÓRIO	46.597,00	3.261,79	8.848,81	17.161,57	75.869,17
SADT (2)	59.541,00	4.167,87	8.848,81	18.721,13	91.278,81
TOTAIS	598.419,60	33.416,74	82.099,31	287.189,69	1.001.125,34

(1) UTI – Unidade de Terapia Intensiva

(2) SADT – Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Tratamentos

³ Excel é marca registrada da Microsoft.

No Anexo G são demonstrados os Centros de Custos Finais e a classificação dos custos em fixos e variáveis, após a alocação de todos os custos dos Centros de Apoio e Administrativos.

5.2.7 Resultado final - Método de Custeio por Absorção

O resultado da aplicação do método de custeio por absorção é demonstrado no quadro 5.6.

Quadro 5.6 – Centros de Custos Finais – custos unitários

CENTROS DE CUSTOS FINAIS - 01/06/x2 a 30/06/x2 CUSTOS UNITÁRIOS						
	AMBULATORIO	UNIDADE INTERNAÇÃO	UTI (1)	CENTRO CIRÚRGICO	LABORATÓRIO	S A D T (2)
Custos Totais	79.517,46	207.072,52	151.644,31	395.743,06	75.869,17	91.278,81
Serviços prestados no período	1.680 consultas	400 diárias	100 diárias	600 cirurgias	3.000 exames	1.600 exames
Custos Unitários	47,33	517,68	1.516,44	659,57	25,29	57,05

(1) UTI – Unidade de Terapia Intensiva

(2) SADT – Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Tratamentos

O objeto de custo definido previamente foi a realização de uma cirurgia. As intervenções cirúrgicas são realizadas no Centro Cirúrgico que constitui-se de um Centro de Custo Final. Aplicando-se o Método de Custeio por Absorção foram obtidos os custos totais de cada Centro de Custo Final.

Os serviços prestados pelos Centros de Custos de Apoio e Administrativo foram alocados aos Centros de Custos Finais através de

diversos critérios de rateio, todos eles contendo maior ou menor grau de arbitrariedade, influenciando assim no custo final.

Os custos unitários apresentam-se como uma medida de quanto custa cada serviço prestado. Como foi aplicado o Método de Custeio por Absorção, todos os custos sejam diretos ou indiretos, fixos ou variáveis, estão compondo os custos totais de cada Centro de Custo Final e, por conseguinte, os custos unitários.

O valor obtido no Centro Cirúrgico de \$ 659,57, na verdade trata-se de um valor médio das cirurgias realizadas no período, contendo parcelas de custos fixos que foram agregadas por critérios subjetivos.

As instituições hospitalares realizam uma grande diversidade de procedimentos médico-hospitalares, cada qual requerendo quantidades e recursos diferentes, assim no exemplo em tela, a realização de uma cirurgia reveste-se de características próprias de consumo de recursos. O valor obtido, por exemplo, não serve para subsidiar os gestores hospitalares em negociações com as operadoras de planos de saúde, pois a informação de custo gerada por esta metodologia representa um valor médio das cirurgias realizadas naquele período.

5.3 - Aplicação do Método de Custeio Baseado em Atividades (ABC - *Activity Based Costing*).

“O conceito básico desenvolvido na metodologia do Custeio Baseado em Atividades, consiste na aplicação prática da constatação de que as atividades consomem os recursos (materiais, humanos, financeiros, energéticos e

informações) e, por sua vez, os serviços e/ou produtos (objetos de custeio) consomem as atividades.” (ROBLES JÚNIOR e CRUZ, 1997:53)

A identificação e classificação da maneira como as atividades consomem recursos e como os produtos consomem atividades, enseja uma análise detalhada desta rota de consumo denominada “rastreamento”.

NAKAGAWA (1994:39) enfatiza que o objetivo do ABC é “rastrear” as atividades mais relevantes, identificando-se as mais diversas rotas de consumo dos recursos da empresa. “Através desta análise das atividades, busca-se planejar e realizar o uso eficiente e eficaz dos recursos da empresa de modo a otimizar o lucro dos investidores e a criação de valor para os clientes, por meio de produtos e serviços que ela desenha, produz e distribui no mercado.”

A atividade é um conjunto de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros. O principal objetivo de uma atividade é o de converter recursos em produtos ou serviços. As atividades primárias dão cumprimento à missão que lhes foi conferida e as secundárias dão suporte às atividades primárias.

Segundo KAPLAN & COOPER (2000:99) a primeira etapa para o desenvolvimento do método de custeio ABC é identificar as atividades que estão sendo executadas com seus recursos indiretos e de apoio. As atividades são descritas por verbos e seus objetos associados. A identificação das atividades culmina com a criação de um dicionário de atividades que relaciona e define cada atividade executada.

Os dicionários de atividades podem ser relativamente breves contendo, por exemplo, dez a trinta atividades, ou podem ser altamente detalhados. O número de atividades depende da complexidade da unidade organizacional que está sendo estudada.

A coleta de informações para a análise de atividades é feita basicamente através das técnicas de observação, registros de tempos, questionários, entrevistas e *storyboards* (técnica de discussão com um grupo de pessoas diretamente envolvidas com o problema em questão).

O nível de detalhamento das atividades é um aspecto muito importante para implementação do método do custeio ABC. Para encontrar um nível adequado de detalhamento das atividades NAKAGAWA (1994:77) sugere que se utilize os conceitos de micro e macroatividades.

As microatividades apresentam os mínimos detalhes (visão de aperfeiçoamento de processos) e as macroatividades apresentam informações mais agregadas (visão econômica e de custeio de produtos, projetos e serviços).

PAMPLONA (1997:29) sugere que, na implementação do método de custeio por atividades, adote-se a Análise de Processo Empresarial (*Business Process Analysis – BPA*), que permitirá a identificação dos principais fluxos de processo dentro de uma organização e as respectivas atividades.

Com base nestes conceitos fundamentais, foi desenvolvida esta metodologia para o exemplo da instituição hospitalar descrito no item 5.1.

5.3.1 - Hierarquia das atividades

Cada grupo de atividades pertence a um centro de custos (*cost pools*). As atividades podem ser agregadas para que os gestores possam identificar o custo total de execução de cada processo.

NAKAGAWA (1994, 43:46) menciona que a questão da hierarquia das atividades pode ser estudada sob as formas de como elas são agregadas em termos de consumo de recursos pelas atividades e alocação dos custos das atividades aos produtos.

Hierarquia das atividades para otimizar o consumo de recursos:

- a) nível de função: agregação de atividades que tem um propósito comum, como compras, vendas, finanças, qualidade, etc.;
- b) nível de processos de negócios (*business process*): trata-se de uma cadeia de atividades relacionadas entre si, interdependentes e ligadas pelos produtos que elas intercambiam;
- c) nível de atividades: trata-se de um conjunto de ações necessárias para atingir as metas e os objetivos de uma função. As atividades podem, ainda, ser decompostas em tarefas, subtarefas e operações.

Hierarquia das atividades para otimizar a alocação das atividades aos produtos e serviços:

- a) nível de unidade: identificação das atividades que consomem recursos relacionados com a mão-de-obra direta, materiais, etc., para que uma unidade de produto seja produzida;
- b) nível de lotes: identificação das atividades que consomem recursos relacionados com a preparação de máquinas (*setups*), movimentação de materiais, ordens de compras, etc. para que um lote de produto seja produzido;
- c) nível de sustentação de produtos: identificação das atividades que consomem recursos relacionados com marketing, engenharia de

produtos e de processos, etc., para dar suporte à venda e manufatura de cada diferente tipo ou família de produtos;

- d) nível de sustentação das instalações: identificação das atividades que consomem recursos relacionados com a administração geral, ampliação e reformas de edifícios, etc, para assegurar a condição de produzir e prestar serviços.

As atividades desenvolvidas na instituição hospitalar foram agregadas em níveis de processos e sub-processos, conforme demonstrado no quadro 5.7.

Quadro 5.7 Processos e sub-processos

PROCESSOS	SUB-PROCESSOS
Processo Médico-Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sub-processo Ambulatório ➤ Sub-processo Internação ➤ Sub-processo Cirurgia
Suporte à Assistência-médica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sub-processo Recepção ➤ Sub-processo Apoio a Diagnósticos ➤ Sub-processo Provisão: materiais/medicamentos ➤ Sub-processo Serviço Nutrição e Dietética ➤ Sub-processo Lavanderia ➤ Sub-processo Central Esterilização
Suporte Administrativo e de Manutenção	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sub-processo Limpeza ➤ Sub-processo Manutenção geral ➤ Sub-processo Controladoria ➤ Sub-processo Financeiro ➤ Sub-processo Comercial

5.3.2 - Definição do objeto de custo

Conforme já definido no item 5.1.1 o objeto de custo deste trabalho foi uma Cirurgia buco-maxilar, com duração de 120 minutos. A intervenção

cirúrgica é classificada como um Processo Médico-Hospitalar e configura uma cadeia de atividades relacionadas entre si, interdependentes e ligadas pelos produtos que elas intercambiam. Da admissão do paciente no hospital, ocorrência da intervenção cirúrgica e alta são exigidas diversas atividades realizadas em diversos sub-processos como o ambulatório, internação, central de material esterilizado e outros.

No quadro 5.8 foram descritas as atividades realizadas em cada um dos sub-processos.

Quadro 5.8 Sub-processos e Atividades

Sub-processos	Atividades
Ambulatório	Atendimento ambulatorial agendado
Internação	Assistência médica: prescrição dos procedimentos Assistência de enfermagem: medicação, curativo, asseio paciente Assistência médica e de enfermagem intensiva
Cirurgia	Intervenções Cirúrgicas
Recepção	Admissão e acomodação do paciente
Apoio a Diagnósticos	Coleta de materiais Análise de materiais Diagnósticos por imagem
Provisão materiais e Medicamentos	Identificação e entrega de materiais e medicamentos
Serviço Nutrição e dietética	Elaboração e distribuição de dietas
Lavanderia	Higienização e distribuição de roupas e peças
Central Esterilização	Esterilização e distribuição de materiais
Limpeza	Limpeza das dependências
Manutenção Geral	Manutenção das dependências, equipamentos, reservatórios de água e manejo de resíduos.
Controladoria	Elaboração de Orçamentos, registros contábeis, registros fiscais, registros trabalhistas
Financeiro	Emissão de notas fiscais, pagamento de contas, recebimento de contas
Comercial	Controle do abastecimento de suprimentos, administração e fixação de preço de vendas, relacionamento institucional com o ambiente externo

No Anexo H é apresentado um mapa do Sub-Processo: Cirurgia, relacionando todas as atividades necessárias para realização da intervenção cirúrgica.

5.3.3 - Direcionadores de custos (*cost drivers*)

NAKAGAWA (1994:74) menciona que “*Cost driver* é uma transação que determina a quantidade de trabalho (não a duração) e, através dela, o custo de uma atividade. O *cost driver* é usado para caracterizar duas situações no ABC:

- a) mecanismo para rastrear e indicar os recursos consumidos pelas atividades, caso em que é chamado de *cost driver* de recursos;
- b) mecanismo para rastrear e indicar as atividades necessárias para fabricação de produtos ou atender aos clientes, caso em que é chamado de *cost driver* de atividades.”

Os direcionadores de recursos foram calculados mediante o levantamento dos recursos consumidos pelas atividades para realização da intervenção cirúrgica (objeto de custo).

Um dos principais recursos para realização da cirurgia é a mão-de-obra. Assim, foi demonstrado no quadro 5.9 os custos com mão-de-obra incluindo encargos sociais e outros benefícios.

Os funcionários relacionados no quadro 5.9 foram contratados pelo regime da CLT. A jornada de trabalho de cada funcionário perfaz um total de 180 horas por mês, constituindo-se assim de horas disponíveis. Entretanto, nem todo tempo disponível é efetivamente aplicado na realização dos trabalhos, pois podem ocorrer ausências, atrasos, folgas e outros fatores que fazem com que uma parte das horas disponíveis sejam consideradas como horas improdutivas. Para este exemplo, foi considerado um percentual de 15%

das horas disponíveis que não foram efetivamente aplicadas na realização dos trabalhos. Portanto o total de horas produtivas para cada funcionário, foi de 153 horas por mês.

Quadro 5.9 Recursos de mão-de-obra sub-processos Internação e Cirurgia

Recursos de mão-de-obra	Horas produtivas/m	Salário + Encargos	Salário p/ hora	Salário p/ minuto
Clínico Geral	153 hs	4.524,00	29,57	0,49
Enfermeiras	153 hs	2.262,00	14,78	0,25
Auxiliares de Enfermagem	153 hs	1.357,20	8,87	0,15
Médico Anestesiologista	153 hs	5.278,00	34,50	0,57
Médico Anestesiologista Auxiliar	153 hs	3.770,00	24,64	0,41
Médico Cirurgião	153 hs	5.278,00	34,50	0,57
Médico Cirurgião Assistente	153 hs	4.524,00	29,57	0,49

O direcionador de custo do recurso mão-de-obra para as atividades foi o tempo necessário para execução de cada atividade nos sub-processos de Internação e Cirurgia. No quadro 5.10 são apresentadas as atividades e o tempo médio de execução de cada atividade.

O Centro Cirúrgico possui quatro equipes de trabalho: equipe Médica, equipe de Circulantes, equipe de Serviço de Apoio Técnico a Anestesia (SATA) e equipe de Recuperação pós Anestésica (RA).

Quadro 5.10 Direcionadores de Recursos e Atividades Relevantes – sub-processos Internação e Centro Cirúrgico

Atividades Relevantes	Direcionador de Recursos	Custo da Atividade
<u>Clínico Geral</u>		
Avaliar para admissão na Unidade de Internação	Tempo de avaliação: 30 min	14,70
Avaliar pré-anestesia	Tempo de avaliação: 30 min	14,70
Dar alta para paciente	Tempo de avaliação: 30 min	14,70
<u>Auxiliar de Enfermagem</u>		
Assistir paciente (medicação, curativos e asseio do paciente)	Tempo de assistência: 20 min	3,00
Monotorizar os sinais vitais	Tempo de monotorização: 20 min	3,00
Acompanhar evolução do quadro do Clínico	Tempo acompanhamento: 15 min	2,25
Preparar sala cirúrgica	Tempo de execução: 15 min	2,25
Admitir paciente na sala cirúrgica	Tempo de execução: 10 min	1,50
Circular paciente	Tempo duração da cirurgia: 120 min	18,00
Encaminhar paciente p/RA (1)	Tempo de execução: 5 min	0,75
Desmontar sala cirúrgica	Tempo de execução: 5 min	0,75
Aplicar cuidados imediatos pós operatórios	Tempo de execução: 120 min	18,00
Encaminhar paciente para unidade de internação	Tempo de execução: 5 min	0,75
<u>Enfermeira</u>		
Supervisionar Aux. Enfermagem	Tempo de execução: 20 min	5,00
Requisitar materiais medicamentos	Tempo de execução: 30 min	7,50
<u>Médico Anestesista</u>		
Escolher e aplicar anestésico	Tempo de execução: 10 min	5,70
Monotorizar paciente	Tempo duração da cirurgia: 120 min	68,40
Dar alta para saída sala cirúrgica	Tempo de execução: 5 min	2,85
Dar alta para saída centro cirúrgico	Tempo de execução: 5 min	2,85
<u>Médico Cirurgião</u>		
Realizar Intervenção cirúrgica	Tempo duração da cirurgia: 120 min	68,40
<u>Médico Cirurgião Assistente</u>		
Assistir a intervenção cirúrgica	Tempo duração da cirurgia: 120 min	58,80
<u>Médico Anestesista Auxiliar</u>		
Monotorizar paciente	Tempo duração da cirurgia: 120 min	49,20
Admitir paciente no RA (1)	Tempo de execução: 5 min	2,05

(1) RA – Recuperação pós Anestésica

No quadro 5.11 é demonstrada a alocação do custo das atividades dos sub-processos Internação e Cirurgia para o objeto de custo, no caso a intervenção cirúrgica.

Quadro 5.11 Alocação das atividades dos sub-processos Internação e Cirurgia para o objeto de custo

Atividades Sub-processos Internação e Cirurgia	Direcionador Atividades	Quantid. Direcionador	Custo da Atividade
Avaliar para admissão na Unidade Internação	Número de avaliações	1	14,70
Avaliar pré-anestesia	Número de avaliações	1	14,70
Assistir paciente (medicação, curativos, asseio)	Número de assistências	3	9,00
Monotorizar os sinais vitais do paciente	Número de avaliações	3	9,00
Acompanhar evolução do quadro clínico	Número de avaliações	3	6,75
Supervisionar auxiliares de enfermagem Centro Cirúrgico	Número de pacientes	1	5,00
Requisitar materiais médicos e medicamentos	Número de requisições	1	7,50
Preparar sala cirúrgica	Número de salas preparadas	1	2,25
Admitir paciente na sala cirúrgica	Número de pacientes	1	1,50
Escolher e aplicar anestésico	Número de pacientes	1	5,70
Monotorizar os sinais vitais do paciente (mesa cirúrgica)	Número de pacientes	1	117,60
Circular paciente	Número de pacientes	1	18,00
Realizar cirurgia	Número de pacientes	1	68,40
Dar assistência na intervenção cirúrgica	Número de pacientes	1	58,80
Dar alta para saída sala cirúrgica	Número de pacientes	1	2,85
Encaminhar paciente para Recuperação pós Anestésica	Número de pacientes	1	0,75
Desmontar sala cirúrgica	Numero de salas preparadas	1	0,75
Admitir paciente na Recuperação pós Anestésica	Número de pacientes	1	2,05
Aplicar cuidados imediatos pós-operatórios	Número de pacientes	1	18,00
Dar alta para saída Centro Cirúrgico	Número de pacientes	1	2,85
Encaminhar paciente para Unidade Internação	Número de pacientes	1	0,75
Dar alta para o paciente	Número de pacientes	1	14,70
			381,60

No quadro 5.12 são apresentadas as atividades relevantes e os custos dos demais processos de Suporte à Assistência Médica e Suporte Administrativo e de Manutenção.

Quadro 5.12 Atividades relevantes e custos das atividades – processos de Suporte à Assistência Médica e Suporte Administrativo e de Manutenção.

PROCESSOS	ATIVIDADES	CUSTOS
Sub-processos		
Suporte à Assistência Médica		
Recepção	Admitir paciente	7.659,52
	Fazer triagem e acomodação	11.489,28
Provisão mat./medicamentos	Fornecer mat.medicamentos	28.451,61
Serviço Nutrição e Dietética	Elaborar/distribuir dietas	54.535,01
Central Esterilização	Fornecer materiais/instrumentos	29.663,01
Suporte Administrativo e Manutenção		
Limpeza	Limpar dependências	29.838,84
Manutenção geral	Fazer manutenção dependências	8.236,70
	Fazer manutenção equipamentos	5.400,00
	Fazer manutenção Reservatórios	3.800,00
	Fazer manejo resíduos	3.510,14
Controladoria	Elaborar orçamentos	3.000,00
	Fazer registros contábeis	10.802,44
	Fazer registros fiscais	9.802,40
	Fazer registros trabalhistas	6.401,20
Financeiro	Emitir notas fiscais	5.133,80
	Pagar contas	10.200,00
	Receber contas	10.335,24
Comercial	Controlar abastecimento suprimentos	15.006,14
	Administrar negociações	8.016,90
	Fazer relações externas	3.700,00

Os direcionadores de recursos dos Processos de Suporte à Assistência Médica e de Suporte Administrativo e Manutenção são apresentados no quadro 5.13.

Quadro 5.13 Direcionadores de recursos e atividades relevantes – Processos de Suporte à Assistência Médica e Suporte Administrativo e Manutenção

Atividades	Direcionadores de Recursos	Quantidade Período	Custo Atividade
Admitir paciente	Número de internações	400	19,14
Fazer triagem e acomodação	Número de internações	400	28,72
Fornecer mat.medicamentos	Número requisições	1.680	16,94
Fornecer dietas	Número refeições servidas	19.188	2,84
Fornecer materiais esterilizados	Número requisições	2.780	10,67
Limpar dependências	Número de horas	3.960 hs	7,53
Manutenção dependências	Número de requisições	250 req.	32,95
Manutenção equipamentos	Número de requisições	180 req.	30,00
Manut. Reservatórios Água	Número de requisições	180 req.	21,11
Manejo de resíduos	Número de requisições	162 req.	21,67
Elaborar Orçamentos	Número controle efetuados	300	10,00
Registros Contábeis	Número lançamentos	4.805	2,25
Registros Fiscais	Número lançamentos	3.610	2,72
Registros trabalhistas	Número lançamentos	2.500	2,56
Emitir notas fiscais	Número notas fiscais emitidas	2.780	1,85
Pagar contas	Número fornecedores pagos	1.750	5,82
Receber contas	Número duplicatas recebidas	2.224	4,65
Contr.abastecimento suprimentos	Número de requisições	2.775	5,41
Administrar negociações	Número pacientes	1.680	4,77
Fazer relações externas	Número de pacientes	1.680	2,20

No quadro 5.14 são demonstradas as alocações das atividades dos processos de Suporte à Assistência Médica e Suporte Administrativo e Manutenção para o objeto de custo, no caso a intervenção cirúrgica.

Quadro 5.14 - Alocação das atividades dos processos de Suporte à Assistência Médica e Suporte Administrativo e Manutenção

Atividades	Direcionadores de Atividades	Quantidade de Direcionadores	Custo total
Admitir paciente	Número de internações	1	19,14
Fazer triagem e acomodação	Número de internações	1	28,72
Fornecer mat.medicamentos	Número de requisições	1	16,94
Fornecer dietas	Número refeições servidas	1	2,84
Fornecer materiais esterilizados	Número de requisições	1	10,67
Limpar dependências	Número de horas	1	7,53
Manutenção dependências	Número de requisições	1	32,95
Manutenção equipamentos	Número de requisições	1	30,00
Manut. Reservatórios Água	Número de requisições	1	21,11
Manejo de resíduos	Número de requisições	1	21,67
Elaborar Orçamentos	Número controle efetuados	1	10,00
Registros Contábeis	Número lançamentos	4	9,00
Registros Fiscais	Número lançamentos	1	2,72
Registros trabalhistas	Número lançamentos	4	10,24
Emitir notas fiscais	Número de notas fiscais emitidas	1	1,85
Pagamento de contas	Número de cheques emitidos	1	5,82
Recebimento de contas	Número duplicatas recebidas	1	4,65
Contr.abastecimento suprimentos	Número de requisições	3	16,23
Administrar negociações	Número contratos fechados	1	4,77
Fazer relações externas	Número de visitas efetuadas	1	2,20
			259,05

5.3.4 - Resultado final - Método de Custeio Baseado em Atividades

O resultado final da aplicação da Metodologia de Custeio Baseado em Atividades, é demonstrado no quadro 5.15.

Quadro 5.15 – Custo da Intervenção Cirúrgica – Método de Custeio Baseado em Atividades.

Custo da Cirurgia	Custos
Processo médico-hospitalar	381,60
Materiais de consumo	17,92
Depreciação	68,40
Processo Suporte à Assistência Médica e Suporte Administrativo e Manutenção	259,05
Total	726,97

Os materiais de consumo são todos os materiais não reembolsáveis diretamente pelo paciente, como por exemplo, campos e aventais descartáveis, compressas, etc.

O valor da depreciação refere-se aos equipamentos básicos do Centro Cirúrgico, como mesa cirúrgica, foco, todos os móveis e utensílios e equipamentos básicos.

Em consonância com o preceito básico do método de custeio baseado em atividades, de que os recursos consomem atividades e estas são consumidas pelos bens e serviços produzidos, foi feita a aplicação deste método, obtendo-se um custo de \$ 726,97 para a realização da cirurgia.

Através da Metodologia de Custeio Baseado em Atividades foi rastreado o consumo dos recursos pelas atividades. Um dos pontos positivos nesta metodologia é a identificação de atividades que agregam valor.

Segundo TURNEY apud PAMPLONA (1997:29) uma atividade agrega valor (*VA – Value Added*) se é essencial ao funcionamento da organização. Todas as outras atividades não agregam valor. Uma atividade é considerada NVA (*Non-Value Added*) se o consumidor não pediu por ela, mas mesmo assim ela é executada, devido à ineficiência, desinformação ou devoção à complexidade por parte do produtor. Como exemplo, pode-se citar o manuseio de materiais, o retrabalho, “*setup*” de máquinas e filas de espera de processos.

A determinação de atividades que agregam ou não valor devem ser identificadas pelas pessoas diretamente envolvidas com aquelas atividades, na fase inicial de coleta de informações para análise das atividades.

De acordo com BRIMSON apud CHING (2001:164) “atividades NVA resultam em menos lucro da empresa às custas de tempo, dinheiro e recursos

e agregam custos desnecessários aos produtos. São atividades que podem ser eliminadas sem deterioração do desempenho da empresa – custo, função, qualidade e valor percebido.”

Para o exemplo desenvolvido neste capítulo foi considerado que todas as atividades desenvolvidas nos sub-processos Internação e Centro Cirúrgico são atividades que agregam valor, pois são essenciais à consecução da intervenção cirúrgica.

Na apuração do custo da intervenção cirúrgica, os recursos foram alocados via direcionadores de custos ao invés de rateios, produzindo uma informação de custo mais acurada e que não foi baseada em volumes.

Os direcionadores de custos são responsáveis pela acurácia do Método de Custeio ABC. Os três fatores mais importantes para selecionar os direcionadores de custos consistem em:

- a) facilidade/dificuldade de coletar e processar os dados relativos ao direcionador de atividades;
- b) grau de correlação com o consumo de recursos;
- c) efeitos comportamentais que são os critérios que oferecem o maior grau de risco na escolha dos direcionadores de custos.

Embora fundamenta-se que, através do direcionador de custo é possível obter uma informação de custo mais acurada, é necessário que a seleção não seja feita apenas pelo senso comum. Muitas vezes são necessárias outras técnicas para testar se o direcionador escolhido é o mais adequado, como por exemplo, as técnicas de estatística para verificar o coeficiente de correlação.

5.4 - Aplicação do Método de Custeio Variável

MATZ, CURRY & FRANK (1978:609) menciona que “custo direto ou variável é um método de custo que carrega os produtos somente com os custos que variam diretamente com o volume.”

Assim, para o desenvolvimento da Metodologia de Custeio Variável, foram apropriados ao objeto de custo “intervenção cirúrgica” somente os custos variáveis, ficando os fixos separados.

O emprego somente dos custos variáveis revela um importante conceito deste método, que é a margem de contribuição. A margem de contribuição é a diferença entre a receita de vendas e/ou prestação de serviços e o custo variável de produção.

A margem de contribuição permite identificar a lucratividade de cada bem produzido ou serviço prestado para cobertura dos custos e despesas fixos.

Com base nos dados expostos no Anexo C, foi realizada a aplicação do Método de Custeio Variável.

A intervenção cirúrgica é realizada no Centro Cirúrgico, desta forma foram considerados os custos variáveis ocorridos neste centro, conforme demonstrado no quadro 5.16.

Quadro 5.16 – Custeio Variável – Centro Cirúrgico

Centro Cirúrgico	Período de 01/06/x2 a 30/06/x2
Custos com mão-de-obra	100.432,80
Custos com materiais	10.749,02
Outros Custos	14.442,91
Total dos custos	125.624,73

O item de outros custos refere-se aos gastos com água, energia elétrica e telefone/comunicações, considerados neste trabalho como custos variáveis.

5.4.1 – Resultado final - Método de Custeio Variável

No período foram realizadas 600 intervenções cirúrgicas, resultando assim num custo unitário de \$ 209,37.

Este valor revela apenas os custos variáveis do período para realizações de intervenções cirúrgicas. Quando confrontados com a receita correspondente é identificada a margem de contribuição do serviço realizado de intervenção cirúrgica.

Ao obter a margem de contribuição a instituição hospitalar, assim como demais empresas que utilizam este método, identificam o valor gasto com cada bem ou serviço produzido. O conceito de margem de contribuição identifica quanto cada bem ou serviço produzido contribui para absorver os custos fixos.

Segundo SANTOS (1998:68) a margem de contribuição pode ser expressa de várias formas, ou seja, na forma unitária, total ou por índice. A margem de contribuição na forma unitária é obtida pela diferença entre o preço de venda e o custo variável de uma unidade de produto. A margem de contribuição na forma total é obtida pela diferença entre as receitas totais e os

custos variáveis totais, podendo ser expressa por linha de produto, segmento de negócio ou da empresa como um todo. Na forma de índice é obtida pela porcentagem da divisão da margem de contribuição unitária pelo preço de venda, ou pela divisão da margem de contribuição total pela receita total.

5.5 - Comparações entre os Métodos de Custeio

No quadro 5.17 são apresentados os resultados finais da aplicação dos Métodos de Custeio por Absorção, pelo Custeio Baseado em Atividades (ABC) e pelo Custeio Variável.

As formas de apropriação e os custos considerados em cada metodologia de custeio são diferentes, o que explica os resultados obtidos pela aplicação de cada método de custeio observado no quadro 5.17.

Quadro 5.17 Comparação de resultados

Resumo da comparação da Aplicação dos Métodos de Custeio			
Itens de Custos	Absorção	Variável	ABC
Material	17,92	17,92	17,92
Mão de obra	447,88	167,39	
Custos Indiretos	193,77	24,06	
Depreciação			68,40
Atividades			
Sub-processos Internação e Cirurgia			381,60
Avaliar para admissão na Unidade Internação			14,70
Avaliar pré-anestesia			14,70
Assistir paciente (medicação, curativos, asseio)			9,00
Monitorizar os sinais vitais do paciente			9,00
Acompanhar evolução do quadro clínico			6,75
Supervisionar auxiliares de enfermagem Centro Cirúrgico			5,00
Requisitar materiais médicos e medicamentos			7,50
Preparar sala cirúrgica			2,25
Admitir paciente na sala cirúrgica			1,50
Escolher e aplicar anestésico			5,70
Monitorizar os sinais vitais do paciente (mesa cirúrgica)			117,60
Circular paciente			18,00
Realizar cirurgia			68,40
Dar assistência na intervenção cirúrgica			58,80
Dar alta para saída sala cirúrgica			2,85
Encaminhar paciente para Recuperação pós Anestésica			0,75
Desmontar sala cirúrgica			0,75
Admitir paciente na Recuperação pós Anestésica			2,05
Aplicar cuidados imediatos pós-operatórios			18,00
Dar alta para saída Centro Cirúrgico			2,85
Encaminhar paciente para Unidade Internação			0,75
Dar alta para o paciente			14,70
Sub-processos Suporte à Assistência Médica e Suporte Administrativo e Manutenção			259,05
Admitir paciente			19,14
Fazer triagem e acomodação			28,72
Fornecer materiais médicos e medicamentos			16,94
Fornecer dietas			2,84
Fornecer materiais esterilizados			10,67
Limpar dependências			7,53
Fazer manutenção das dependências			32,95
Fazer manutenção dos equipamentos			30,00
Fazer manutenção reservatórios de água			21,11
Fazer manejo resíduos			21,67
Elaborar orçamentos			10,00
Fazer registros contábeis			9,00
Fazer registros fiscais			2,72
Fazer registros trabalhistas			10,24
Emitir notas fiscais			1,85
Pagar contas			5,82
Receber contas			4,65
Controlar abastecimento suprimentos			16,23
Administrar negociações			4,77
Fazer relações externas			2,20
Custos totais	659,57	209,37	726,97

No exemplo desenvolvido, a diferença de custo entre os Métodos de Custeio por Absorção e Custeio Baseado em Atividades foi provocada pelos diferentes critérios de rateio e direcionadores de recursos. No Método de Custeio Variável foram considerados apenas como custos dos serviços produzidos, os custos variáveis.

No Método de Custeio por Absorção foram apropriados todos os custos dos serviços elaborados. Os custos indiretos foram apropriados aos serviços produzidos através de critérios de rateio.

Os critérios de rateio para alocar os custos comuns aos centros de custos foram a área em metros quadrados e o número de ramais de telefone. Para alocar os custos dos Centros de Custos de Apoio e Administrativos para os Centros de Custos Finais, foi utilizado o método de alocação recíproca desenvolvido com o auxílio da planilha eletrônica Excel® utilizando-se as funções matemáticas de matrizes algébricas (matriz inversa e multiplicação de matriz). As matrizes de trabalho estão exibidas no Anexo E. Os critérios de rateio foram baseados em número de ordens de serviços, número de refeições, quilos de roupa lavada, número de horas de limpeza, número de funcionários, número de pacientes, etc., conforme exposto no Anexo D.

No método do custeio por absorção são os produtos que consomem recursos, assim normalmente são quantificados os recursos sejam de materiais, horas de mão-de-obra, horas de máquina, etc. O critério de rateio de modo geral é baseado nestes volumes.

Esta é a primeira diferença entre o Método de Custeio por Absorção e o Custeio Baseado em Atividades. No Método de Custeio Baseado em Atividades, são as atividades necessárias para produzir um bem ou serviço que

consomem recursos. A observação da forma como as atividades consomem os recursos são chamadas de rastreamento, ou seja, a atribuição de custos aos produtos deixa de ser baseada em critério de volume para ser baseada em atividades.

Segundo RAMIRO (2000:48) “rastrear gastos significa pesquisar relações e identificar proporções entre gastos indiretos e atividades, e entre essas últimas e os diversos “objetos” de Custeio.”

Por exemplo, o custo com energia elétrica não é causado pelo tamanho da área em metros quadrados do Centro Cirúrgico, critério este utilizado na aplicação da metodologia de custeio por absorção, mas decorre das atividades que ali são desempenhadas para realizar uma intervenção cirúrgica. Através do direcionador de atividades “tempo de execução” é alocado com maior exatidão, o recurso com energia elétrica para cada tipo de cirurgia realizada no Centro Cirúrgico.

HORNGREN, FOSTER & DATAR (2000:237) mencionam que “o aspecto mais importante para o estabelecimento de uma função de custo é determinar se existe relação de causa e efeito entre o direcionador de custos e os custos resultantes. A relação de causa e efeito pode surgir de diferentes modos:

- uma relação física entre custos e direcionadores de custo;
- causa e efeito podem aparecer em razão de acordo contratual;
- causa e efeito podem ser implicitamente estabelecidos pela coerência e pelo conhecimento das operações.”

A correlação não garante qualquer conclusão sobre causa e efeito. “A produção mais alta, por exemplo, geralmente ocasiona custos mais elevados

de materiais e mão-de-obra. Os custos de materiais e de mão-de-obra estão altamente relacionados, mas um não causa o outro.” HORNGREN, FOSTER & DATAR (2000:237)

Nos quadros 5.11 e 5.13 são demonstradas quais as atividades consumidas para realização da intervenção cirúrgica (produto final) e em que proporções.

A análise das atividades favorecem à obtenção do custo de um bem ou serviço realizado de forma mais acurada, pois o produto final recebe os custos de acordo com as atividades que consumiu efetivamente.

Assim, por exemplo, para as diversas cirurgias realizadas desde as mais complexas, que consumirão um número maior de atividades até aquelas de menor complexidade, a informação de custo obtida através da aplicação da Metodologia de Custeio Baseado em Atividades proporciona uma informação dos recursos efetivamente consumidos, de acordo com o tipo de cirurgia realizada, não sobre-custeando e nem sub-custeando uma cirurgia em detrimento de outra, como ocorre na aplicação do Método de Custeio por Absorção.

O Método de Custeio Baseado em Atividades revelou na aplicação para o exemplo desenvolvido neste capítulo, que fornece informações úteis para os gestores, uma vez que aperfeiçoa a técnica de atribuir os custos indiretos de uma maneira mais acurada em comparação com o Método de Custeio por Absorção.

Outro aspecto importante é a análise dos processos compostos por atividades que se inter-relacionam, como foi o caso aqui exposto. Esta

visualização permite identificar atividades que podem ser melhoradas, reestruturadas ou até mesmo serem eliminadas dentro de um processo.

No Método de Custeio Variável, foi obtido o valor de custo da cirurgia de \$ 209,37. Este valor representa apenas os custos variáveis para realização da cirurgia. Conforme o conceito deste método, só são considerados como custos dos produtos, os custos variáveis.

A contabilidade de custos evoluiu muito do início do século até a década de 50, quando em 1936, Jonathan N. Harris, *controller* de uma empresa americana, foi questionado em relação ao fato de os lucros da empresa terem diminuído justamente no período em que as vendas tinham aumentado. Após um processo de reflexão, Harris rompeu com os padrões de pensamento vigentes e lançou as bases do que hoje é conhecido como o Método de Custeio Variável. Suas idéias foram expostas no artigo '*What did we earn last month*', publicado no boletim nº 10 da *National Association of Cost Accountants*, em 1936. (GUERREIRO, CASADO & BIO, 2001:13)

O Método de Custeio Variável subsidia os gestores nos casos em que deseja-se saber quais os produtos, linha de produtos, departamentos ou clientes com maior margem de contribuição para cobertura dos custos e despesas fixas e geração do lucro.

A margem de contribuição, obtida entre a confrontação da receita e do custo apurado nesta metodologia, permite uma melhor compreensão entre a relação custo, volume, preços e lucros, o que leva a decisões gerenciais mais seguras.

Assim, cada uma das aplicações dos métodos custeio para o exemplo desenvolvido neste capítulo, revelou suas vantagens e desvantagens. O

Método de Custeio por Absorção embora esteja em conformidade com os preceitos fundamentais de Contabilidade, fornece informações de custo que podem conter distorções em função dos critérios de rateio, que sempre contém algum grau de arbitrariedade, levando para os produtos finais parcelas de custos que não representam de fato o recurso consumido por aquele produto.

O Método de Custeio Baseado em Atividades permite uma apuração de custo mais acurada, pois os direcionadores de atividades, levam para o produto final apenas as atividades consumidas pelos produtos. De uma forma mais justa, os produtos finais não ficam sobre-custeados ou sub-custeados. A escolha dos direcionadores de atividades ocorre na análise das atividades por ocasião da coleta de dados junto ao pessoal operacional. Ao se rastrear a rota de consumo das atividades pelos produtos finais, descobrem-se atividades que podem ser melhoradas, reestruturadas e até mesmo eliminadas. O método também fornece uma visão de processo, a partir de uma rede de atividades necessárias para consecução de um produto, como o apresentado neste capítulo.

O Custeio Variável também possui seus méritos, sendo que a contribuição mais importante é a visualização da margem de contribuição. O destaque da margem de contribuição auxilia os gestores para verificar qual o produto ou linha de produto que contribui para cobertura dos custos e despesas fixos e geração dos lucros.

O conhecimento dos aspectos inerentes a cada método de custeio, é muito importante para que o gestor decida, qual deles é o mais adequado para suprir suas necessidades e contribua para tomada de decisões de uma maneira mais segura e eficaz.

CAPÍTULO 6

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

O objetivo do presente trabalho foi o de contribuir para uma análise mais profunda sobre os métodos de custeio, delimitando sua aplicação nas instituições hospitalares.

Nas pesquisas prévias para este trabalho pode-se observar que alguns autores indicaram que grande parte das instituições hospitalares não mantêm uma estrutura adequada de custos.

Assim como os demais segmentos econômicos, estas instituições também se vêem obrigadas a garantir sua sobrevivência no meio empresarial competitivo.

Dentre os métodos analisados, o Método de Custeio por Absorção e o Método de Custeio Baseado em Atividades mantêm linhas conceituais semelhantes. Os custos indiretos são alocados via rateios, no caso do Método de Custeio por Absorção e via direcionadores no caso do Método de Custeio Baseado em Atividades. A adoção do critério de rateio ou do direcionador deve ser feita com base na identificação mais próxima possível da relação de causa e efeito, o que nem sempre é fácil.

No Método de Custeio Variável a informação obtida é apenas do gasto ou recurso consumido para realização daquele bem ou serviço, produzindo

assim uma informação que não carrega as arbitrariedades das bases dos rateios, como no caso do Método de Custeio por Absorção.

O Método de Custeio Variável fornece aos gestores a margem de contribuição de cada produto, ou seja, quanto cada produto contribui para absorver os custos fixos e como o lucro é formado, constituindo-se assim de uma importante ferramenta gerencial.

Por outro lado, o Método de Custeio Baseado em Atividades também fornece importantes informações para que os gestores tomem suas decisões. A análise das atividades desenvolvidas para a realização dos serviços nas instituições hospitalares, é uma importante ferramenta para o gestor. O gestor poderá tomar decisões quanto a melhorias de processos (conjunto de atividades inter-relacionadas), reestruturação e até mesmo eliminar atividades desnecessárias dentro dos processos.

O método mais adequado para custear os serviços ou procedimentos hospitalares é aquele que fornece informação útil para subsidiar a tomada de decisões pelos gestores hospitalares. A utilidade da informação está vinculada ao tipo ou modelo de decisão do gestor. O modelo decisório é a estrutura formal que considera o processo de gestão, os eventos, as transações e as atividades realizadas numa empresa.

Assim, um método é mais adequado do que outro em determinadas circunstâncias, ou seja, de acordo com a informação que o gestor julgar como

útil para tomada de decisões e que conduza à alternativa que forneça o melhor resultado.

Desta forma, cabe ao gestor adotar o método de custeio que atenda às suas necessidades e que permita antever com uma certa segurança os caminhos a serem trilhados para consecução de resultados positivos.

Sugestões para trabalhos futuros

Este trabalho não esgota o assunto. Como sugestões para trabalhos futuros deixam-se os seguintes assuntos:

- a) um estudo para elaborar um modelo para simplificação da operacionalização do Método de Custeio Baseado em Atividades;
- b) um estudo para elaborar um modelo que contemple as informações obtidas pela aplicação do Método de Custeio Baseado em Atividades com margem de contribuição por processos;
- c) uma pesquisa mais aprofundada sobre a integração dos processos na empresa como um todo;
- d) novas pesquisas para atender a carência de estudos e publicações sobre os custos das instituições hospitalares no Brasil.

ANEXOS

ANEXO A - DADOS FÍSICOS E ESTATÍSTICOS

Centros de Custos	DADOS FÍSICOS E ESTATÍSTICOS DO PERÍODO DE 01/06/x2 a 30/06/x2										
	Área em m2	Nº Ramais Telefone	Número funcionários	Número Pacientes	Número Exames	Percentual esterilização	Nº O.S. Farmácia	Horas Limpeza	Kilos de Roupas	Número refeições	Número Req.Manut
Ambulatório	100	5	11	1.680		2%	80	700	100	286	10
Un.Internação	400	4	43	400		13%	400	600	2.400	11.518	12
UTI (1)	300	3	45	100		25%	200	100	100	1.170	12
C.Cirúrgico	650	4	76	600		30%	800	600	2.400	1.976	20
Laboratório	200	2	18		3.000	15%	100	80	30	468	6
SADT (2)	200	2	23		1.600	15%	100	60	30	598	6
Sub total	1.850	20	216	2.780	4.600	100%	1.680	2.140	5.060	16.016	66
Farmácia	100	2	8					14	24	208	6
SND (3)	200	3	20					200	60	520	6
Lavanderia	120	2	18					30	20	468	6
CME (4)	100	4	12					300	24	312	4
Limpeza	70	2	18					10		468	2
Manutenção	70	2	15					10		390	1
Recepção	50	6	10					60		260	6
Sub total	710	21	101					624	128	2.626	31
Controladoria	70	3	7					10		182	6
Financeiro	70	3	7					10		182	2
Comercial	70	3	8					10		182	2
Sub total	210	9	22					30		546	10
Total Geral	2.770	50	339	2.780	4.600	100%	1.680	2.794	5.188	19.188	107

notas: (1) UTI - Unidade de Terapia Intensiva; (2) SADT - Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Tratamentos; (3) SND - Serviço de Nutrição e Dietética;

(4) CME - Central de Material Esterilizado

ANEXO B - PLANILHA DE RATEIO DOS CUSTOS COMUNS AOS CENTROS DE CUSTOS FINAIS, DE APOIO E ADMINISTRATIVOS

PLANILHA DE RATEIO DOS CUSTOS COMUNS																		
CUSTOS COMUNS	CRITÉRIO DE RATEIO	AMBUL	UN INTERN	U T I (1)	CENTRO CIRÚRG	LABORAT	SADT(2)	FARM	SND (3)	LAVAND	CME (4)	LIMP	MANUT	RECP	CONTROL	FINANC	COML	TOTAL
DEPRECIÇÃO	ÁREA OCUPADA M2	100	400	300	650	200	200	100	200	120	100	70	70	50	70	70	70	2.770
	valor em R\$	1.598,12	6.392,49	4.794,37	10.387,80	3.196,25	3.196,25	1.598,12	3.196,25	1.917,75	1.598,12	1.118,69	1.118,69	799,06	1.118,69	1.118,69	1.118,69	44.268,00
SEGUROS	ÁREA OCUPADA M2	100	400	300	650	200	200	100	200	120	100	70	70	50	70	70	70	2.770
	valor em R\$	540,76	2.163,03	1.622,27	3.514,93	1.081,52	1.081,52	540,76	1.081,52	648,91	540,76	378,53	378,53	270,38	378,53	378,53	378,53	14.979,00
ÁGUA	ÁREA OCUPADA M2	100	400	300	650	200	200	100	200	120	100	70	70	50	70	70	70	2.770
	valor em R\$	628,27	2.513,07	1.884,80	4.083,74	1.256,53	1.256,53	628,27	1.256,53	753,92	628,27	439,79	439,79	314,13	439,79	439,79	439,79	17.403,00
ENERGIA ELÉTRICA	ÁREA OCUPADA M2	100	400	300	650	200	200	100	200	120	100	70	70	50	70	70	70	2.770
	valor em R\$	1.492,06	5.968,23	4.476,17	9.698,38	2.984,12	2.984,12	1.492,06	2.984,12	1.790,47	1.492,06	1.044,44	1.044,44	746,03	1.044,44	1.044,44	1.044,44	41.330,00
TELEFONE/COMUM.	Nº RAMAIS	5	4	3	4	2	2	2	3	2	4	2	2	6	3	3	3	50
	valor em R\$	826,00	660,80	495,60	660,80	330,40	330,40	330,40	495,60	330,40	660,80	330,40	330,40	991,20	495,60	495,60	495,60	8.260,00
		5.085,21	17.697,62	13.273,22	28.345,64	8.848,81	8.848,81	4.589,61	9.014,01	5.441,45	4.920,01	3.311,84	3.311,84	3.120,80	3.477,04	3.477,04	3.477,04	126.240,00

- (1) UTI - Unidade de Terapia Intensiva
 (2) SADT - Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Tratamentos
 (3) SND - Serviço de Nutrição e Dietética
 (4) CME - Central de Material Esterilizado

Taxa Depreciação	15,98
Taxa Seguros	5,41
Taxa Água	6,28
Taxa Energia Elétrica	14,92
Taxa Telefone / Comum.	165,20

ANEXO C - RESUMO DOS CENTROS DE CUSTOS APÓS ALOCAÇÃO DOS CUSTOS COMUNS

Centros Custos	Custos Mão de Obra			Custos Materiais			Outros Custos			Total Geral
	Fixo	Variável	Total	Fixo	Variável	Total	Fixo	Variável	Total	
Ambulatório	22.724,00	13.770,00	36.494,00		4.014,34	4.014,34	2.138,88	2.946,32	5.085,21	45.593,55
Un. Internação	66.908,00	23.572,00	90.480,00		5.428,80	5.428,80	8.555,52	9.142,10	17.697,62	113.606,42
UTI	50.485,00	46.097,00	96.582,00		5.794,92	5.794,92	6.416,64	6.856,57	13.273,22	115.650,14
C. Cirúrgico	168.292,80	100.432,80	268.725,60		10.749,02	10.749,02	13.902,73	14.442,91	28.345,64	307.820,26
Laboratório	46.597,00		46.597,00		3.261,79	3.261,79	4.277,76	4.571,05	8.848,81	58.707,60
SADT	59.541,00		59.541,00		4.167,87	4.167,87	4.277,76	4.571,05	8.848,81	72.557,68
Sub total	414.547,80	183.871,80	598.419,60	0,00	33.416,74	33.416,74	39.569,30	42.530,01	82.099,31	713.935,65
Farmácia	20.358,00		20.358,00		3.504,00	3.504,00	2.138,88	2.450,72	4.589,61	28.451,61
SND	16.739,00		16.739,00		28.782,00	28.782,00	4.277,76	4.736,25	9.014,01	54.535,01
Lavanderia	12.516,00		12.516,00		4.250,00	4.250,00	2.566,66	2.874,79	5.441,45	22.207,45
CME	17.493,00		17.493,00		7.250,00	7.250,00	2.138,88	2.781,12	4.920,01	29.663,01
Limpeza	13.270,00		13.270,00		13.257,00	13.257,00	1.497,22	1.814,63	3.311,84	29.838,84
Manutenção	10.255,00		10.255,00		7.380,00	7.380,00	1.497,22	1.814,63	3.311,84	20.946,84
Recepção	12.818,00		12.818,00		3.210,00	3.210,00	1.069,44	2.051,36	3.120,80	19.148,80
Sub total	103.449,00	0,00	103.449,00	0,00	67.633,00	67.633,00	15.186,05	18.523,51	33.709,56	204.791,56
Controladoria	24.279,00		24.279,00		2.250,00	2.250,00	1.497,22	1.979,83	3.477,04	30.006,04
Financeiro	21.112,00		21.112,00		1.080,00	1.080,00	1.497,22	1.979,83	3.477,04	25.669,04
Comercial	21.866,00		21.866,00		1.380,00	1.380,00	1.497,22	1.979,83	3.477,04	26.723,04
Sub total	67.257,00	0,00	67.257,00	0,00	4.710,00	4.710,00	4.491,65	5.939,48	10.431,13	82.398,13
Total Geral	585.253,80	183.871,80	769.125,60	0,00	105.759,74	105.759,74	59.247,00	66.993,00	126.240,00	1.001.125,34

ANEXO D - PLANILHA PARA DEMONSTRAÇÃO DO CONSUMO DE SERVIÇOS PELOS CENTROS DE CUSTOS EM PORCENTAGEM.

CENTROS DE CUSTOS	CRITÉRIO DE RATEIO	FARMÁCIA	SND	LAVAN- DERIA	C M E	LIMPEZA	MANUT.	RECEPÇÃO	CONTRO- LADORIA	FINAN- CEIRO	COMER- CIAL	C.CUSTOS FINAIS	TOTAL EM %	TOTAL
FARMÁCIA	Nº ORDENS SERVIÇOS	0,00000000	0,00000000	0,00000000	0,00000000	0,00000000	0,00000000	0,00000000	0,00000000	0,00000000	0,00000000	1,00000000	100,00%	1.680
SND (SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA)	Nº REFEIÇÕES	0,01084011	0,02710027	0,02439024	0,01626016	0,02439024	0,02032520	0,01355014	0,00948509	0,00948509	0,00948509	0,83468835	100,00%	19.188
LAVANDERIA	KG ROUPA LAVADA	0,00462606	0,01156515	0,00385505	0,00462606	0,00000000	0,00000000	0,00000000	0,00000000	0,00000000	0,00000000	0,97532768	100,00%	5.188
CME (CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZA- DO)	PERCENTUAL UTILIZAÇÃO	0,00000000	0,00000000	0,00000000	0,00000000	0,00000000	0,00000000	0,00000000	0,00000000	0,00000000	0,00000000	1,00000000	100,00%	100,00%
LIMPEZA	Nº HORAS DE LIMPEZA	0,00501074	0,07158196	0,01073729	0,10737294	0,00357910	0,00357910	0,02147459	0,00357910	0,00357910	0,00357910	0,76592699	100,00%	2.794
MANUTENÇÃO	Nº REQUISIÇÕES	0,05607477	0,05607477	0,05607477	0,03738318	0,01869159	0,00934579	0,05607477	0,05607477	0,01869159	0,01869159	0,61682243	100,00%	107
RECEPÇÃO	Nº PACIENTES	0,00000000	0,00000000	0,00000000	0,00000000	0,00000000	0,00000000	0,00000000	0,00000000	0,00000000	0,00000000	1,00000000	100,00%	2.780
CONTROLADORIA	Nº FUNCIONÁRIOS	0,02359882	0,05899705	0,05309735	0,03539823	0,05309735	0,04424779	0,02949853	0,02064897	0,02064897	0,02359882	0,63716814	100,00%	339
FINANCEIRO	Nº FUNCIONÁRIOS	0,02359882	0,05899705	0,05309735	0,03539823	0,05309735	0,04424779	0,02949853	0,02064897	0,02064897	0,02359882	0,63716814	100,00%	339
COMERCIAL	Nº FUNCIONÁRIOS	0,02359882	0,05899705	0,05309735	0,03539823	0,05309735	0,04424779	0,02949853	0,02064897	0,02064897	0,02359882	0,63716814	100,00%	339

ANEXO E - PLANILHA DE MATRIZES PARA DISTRIBUIÇÃO RECÍPROCA DOS GASTOS ENTRE OS CENTROS DE CUSTOS

MATRIZ DOS GASTOS RECÍPROCOS ENTRE OS CENTROS DE CUSTOS DE APOIO							
	SND	Lavanderia	Limpeza	Manutenção	Controladoria	Financeiro	Comercial
SND	0,02710027	0,01156515	0,07158196	0,056074766	0,05899705	0,05899705	0,05899705
Lavanderia	0,02439024	0,00385505	0,01073729	0,056074766	0,05309735	0,053097345	0,053097345
Limpeza	0,02439024	0,00000000	0,00357910	0,018691589	0,05309735	0,053097345	0,053097345
Manutenção	0,02032520	0,00000000	0,00357910	0,009345794	0,04424779	0,044247788	0,044247788
Controladoria	0,00948509	0,00000000	0,00357910	0,056074766	0,02064897	0,020648968	0,020648968
Financeiro	0,00948509	0,00000000	0,00357910	0,018691589	0,02064897	0,020648968	0,020648968
Comercial	0,00948509	0,00000000	0,00357910	0,018691589	0,02359882	0,02359882	0,02359882

1. A matriz dos gastos foi elaborada com base nos dados da planilha exposta no Anexo D

MATRIZ PREPARADA PARA APLICAÇÃO DA FUNÇÃO INVERSA								
	SND	Lavanderia	Limpeza	Manutenção	Controladoria	Financeiro	Comercial	CUSTOS
SND	0,97289973	-0,01156515	-0,07158196	-0,056074766	-0,05899705	-0,05899705	-0,05899705	54.535,01
Lavanderia	-0,02439024	0,99614495	-0,01073729	-0,056074766	-0,05309735	-0,053097345	-0,053097345	22.207,45
Limpeza	-0,02439024	0,00000000	0,99642090	-0,018691589	-0,05309735	-0,053097345	-0,053097345	29.838,84
Manutenção	-0,02032520	0,00000000	-0,00357910	0,990654206	-0,04424779	-0,044247788	-0,044247788	20.946,84
Controladoria	-0,00948509	0,00000000	-0,00357910	-0,056074766	0,97935103	-0,020648968	-0,020648968	30.006,04
Financeiro	-0,00948509	0,00000000	-0,00357910	-0,018691589	-0,02064897	0,979351032	-0,020648968	25.669,04
Comercial	-0,00948509	0,00000000	-0,00357910	-0,018691589	-0,02359882	-0,02359882	0,97640118	26.723,04
								209.926,26

2. Os valores positivos representam o percentual de 100% de gastos daquele centro menos seus próprios gastos

3. Os valores negativos representam a participação dos demais centros de custos nos gastos diretos daquele centro, apenas expressos em valores negativos.

4. A coluna Custos representam os valores dos centros de custos de apoio a serem redistribuídos reciprocamente

5. Os custos dos centros de Farmácia, CME e Recepção não estão inclusos porque prestam serviços apenas para os Centros de Custos Finais

MATRIZ INVERSA								MULTIPLICAÇÃO
	SND	Lavanderia	Limpeza	Manutenção	Controladoria	Financeiro	Comercial	CUSTOS
SND	1,03360336	0,012000039	0,075415622	0,067529794	0,073370650	0,07337065	0,07337065	66.344,51
Lavanderia	0,028704219	1,004203222	0,013790785	0,064639276	0,062673709	0,062673709	0,062673709	30.795,86
Limpeza	0,027543067	0,000319772	1,006316356	0,026237678	0,060138413	0,060138413	0,060138413	37.041,36
Manutenção	0,022826763	0,000265017	0,005827605	1,01555295	0,049840684	0,049840684	0,049840684	26.804,04
Controladoria	0,011885514	0,00013799	0,004941824	0,059825819	1,025951212	0,025951212	0,025951212	34.196,23
Financeiro	0,011032178	0,000128083	0,004723969	0,021861223	0,024088009	1,024088009	0,024088009	28.857,21
Comercial	0,011132621	0,000129249	0,004766543	0,022167578	0,027265900	0,02726590	1,02726590	30.186,26

6. A matriz inversa foi obtida através da função matemática do Excel de Inversão de Matriz

7. A coluna Multiplicação - Custos foi obtida através da multiplicação dos valores da matriz inversa pela coluna de custos a serem distribuídos

REDISTRIBUIÇÃO DOS CUSTOS DOS CENTROS DE APOIO								Farmácia	CME	Recepção	C.C Finais
	SND	Lavanderia	Limpeza	Manutenção	Controladoria	Financeiro	Comercial				
custos	54.535,01	22.207,45	29.838,84	20.946,84	30.006,04	25.669,04	26.723,04				
SND	1.797,95	1.618,16	1.618,16	1.348,47	629,28	629,28	629,28	719,18	1.078,77	898,98	55.376,99
Lavanderia	356,16	118,72	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	142,46	142,46	0,00	30.036,06
Limpeza	2.651,49	397,72	132,57	132,57	132,57	132,57	132,57	185,60	3.977,24	795,45	28.370,98
Manutenção	1.503,03	1.503,03	501,01	250,51	1.503,03	501,01	501,01	1.503,03	1.002,02	1.503,03	16.533,33
Controladoria	2.017,48	1.815,73	1.815,73	1.513,11	706,12	706,12	806,99	806,99	1.210,49	1.008,74	21.788,75
Financeiro	1.702,49	1.532,24	1.532,24	1.276,87	595,87	595,87	681,00	681,00	1.021,49	851,25	18.386,90
Comercial	1.780,90	1.602,81	1.602,81	1.335,68	623,32	623,32	712,36	712,36	1.068,54	890,45	19.233,72
	66.344,51	30.795,86	37.041,36	26.804,04	34.196,23	28.857,21	30.186,26	4.750,63	9.501,02	5.947,89	189.726,73
											209.926,26

8. Os valores da coluna de Custos - Multiplicação foram redistribuídos aos centros de custos com base nas porcentagens de participação originais exibidas no Anexo D.

9. Embora os centros de custos Farmácia, CME e Recepção prestem serviços diretamente aos Centros de Custos Finais antes de sua alocação, receberam serviços dos Centros de Custos de Apoio e Administrativos.

ANEXO F - PLANILHA DE ALOCAÇÃO DOS CUSTOS DOS CENTROS DE CUSTOS DE APOIO E ADMINISTRATIVOS PARA OS CENTROS DE CUSTOS FINAIS

C.CUSTOS DE APOIO E ADMINISTRATIVOS	CRITÉRIOS DE RATEIO	CENTROS DE CUSTOS FINAIS						TOTAL
		AMBULATÓRIO	UNIDADE INTERNAÇÃO	U T I (1)	CENTRO CIRÚRGICO	LABORATÓRIO	S A D T (2)	
FARMÁCIA	Nº ORDENS SERVIÇOS	80	400	200	800	100	100	1.680
	PERCENTUAL RATEIO	4,7619%	23,8095%	11,9048%	47,6190%	5,9524%	5,9524%	100,0000%
	RATEIO RECEBIDO EM R\$	1.581,06	7.905,29	3.952,65	15.810,59	1.976,32	1.976,32	33.202,24
S N D (3)	Nº REFEIÇÕES	286	11.518	1.170	1.976	468	598	16.016
	PERCENTUAL RATEIO	1,7857%	71,9156%	7,3052%	12,3377%	2,9221%	3,7338%	100,0000%
	RATEIO RECEBIDO EM R\$	988,87	39.824,69	4.045,40	6.832,23	1.618,16	2.067,65	55.376,99
LAVANDERIA	KG ROUPA LAVADA	100	2.400	100	2.400	30	30	5.060
	PERCENTUAL RATEIO	1,9763%	47,4308%	1,9763%	47,4308%	0,5929%	0,5929%	100,0000%
	RATEIO RECEBIDO EM R\$	593,60	14.246,35	593,60	14.246,35	178,08	178,08	30.036,06
C M E (4)	PERCENTUAL UTILIZAÇÃO	2%	13%	25%	30%	15%	15%	100%
	PERCENTUAL RATEIO	2%	13%	25%	30%	15%	15%	100,0000%
	RATEIO RECEBIDO EM R\$	783,28	5.091,32	9.791,01	11.749,21	5.874,60	5.874,60	39.164,03
LIMPEZA	Nº HORAS DE LIMPEZA	700	600	100	600	80	60	2.140
	PERCENTUAL RATEIO	32,7103%	28,0374%	4,6729%	28,0374%	3,7383%	2,8037%	100,0000%
	RATEIO RECEBIDO EM R\$	9.280,23	7.954,48	1.325,75	7.954,48	1.060,60	795,45	28.370,98
MANUTENÇÃO	Nº REQUISIÇÕES	10	12	12	20	6	6	66
	PERCENTUAL RATEIO	15,1515%	18,1818%	18,1818%	30,3030%	9,0909%	9,0909%	100,0000%
	RATEIO RECEBIDO EM R\$	2.505,05	3.006,06	3.006,06	5.010,10	1.503,03	1.503,03	16.533,33
RECEPÇÃO	Nº PACIENTES	1680	400	100	600	0	0	2.780
	PERCENTUAL RATEIO	60,4317%	14,3885%	3,5971%	21,5827%	0,0000%	0,0000%	100,0000%
	RATEIO RECEBIDO EM R\$	15.166,34	3.611,03	902,76	5.416,55	0,00	0,00	25.096,69
CONTROLADORIA	Nº FUNCIONÁRIOS	11	43	45	76	18	23	216
	PERCENTUAL RATEIO	5,0926%	19,9074%	20,8333%	35,1852%	8,3333%	10,6481%	100,0000%
	RATEIO RECEBIDO EM R\$	1.109,61	4.337,58	4.539,32	7.666,41	1.815,73	2.320,10	21.788,75
FINANCEIRO	Nº FUNCIONÁRIOS	11	43	45	76	18	23	216
	PERCENTUAL RATEIO	5,0926%	19,9074%	20,8333%	35,1852%	8,3333%	10,6481%	100,0000%
	RATEIO RECEBIDO EM R\$	936,37	3.660,35	3.830,60	6.469,46	1.532,24	1.957,86	18.386,90
COMERCIAL	Nº FUNCIONÁRIOS	11	43	45	76	18	23	216
	PERCENTUAL RATEIO	5,0926%	19,9074%	20,8333%	35,1852%	8,3333%	10,6481%	100,0000%
	RATEIO RECEBIDO EM R\$	979,50	3.828,94	4.007,03	6.767,42	1.602,81	2.048,04	19.233,72
TOTAL DOS RATEIOS RECEBIDOS DOS C.CUSTOS DE APOIO E ADMINISTRATIVOS		33.923,91	93.466,10	35.994,17	87.922,80	17.161,57	18.721,13	287.189,69

(1) UTI - Unidade de Terapia Intensiva
(4) CME - Central de Material Esterilizado

(2) SADT - Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Tratamentos

(3) SND - Serviço de Nutrição e Dietética

ANEXO G - CLASSIFICAÇÃO DOS CUSTOS DOS CENTROS DE CUSTOS FINAIS EM FIXOS E VARIÁVEIS

Centros Custos	Custos Mão de Obra			Custos Materiais			Outros Custos			RATEIOS RECEBIDOS			Total Geral
	Fixo	Variável	Total	Fixo	Variável	Total	Fixo	Variável	Total	Fixo	Variável	Total	
Ambulatório	22.724,00	13.770,00	36.494,00		4.014,34	4.014,34	2.138,88	2.946,32	5.085,21	22.488,84	11.435,07	33.923,91	79.517,46
Un.Internação	66.908,00	23.572,00	90.480,00		5.428,80	5.428,80	8.555,52	9.142,10	17.697,62	61.960,55	31.505,55	93.466,10	207.072,52
UTI	50.485,00	46.097,00	96.582,00		5.794,92	5.794,92	6.416,64	6.856,57	13.273,22	23.861,26	12.132,91	35.994,17	151.644,31
C.Cirúrgico	168.292,80	100.432,80	268.725,60		10.749,02	10.749,02	13.902,73	14.442,91	28.345,64	58.285,78	29.637,02	87.922,80	395.743,06
Laboratório	46.597,00		46.597,00		3.261,79	3.261,79	4.277,76	4.571,05	8.848,81	11.376,75	5.784,82	17.161,57	75.869,17
SADT	59.541,00		59.541,00		4.167,87	4.167,87	4.277,76	4.571,05	8.848,81	12.410,61	6.310,52	18.721,13	91.278,81
Sub total	414.547,80	183.871,80	598.419,60	0,00	33.416,74	33.416,74	39.569,30	42.530,01	82.099,31	190.383,78	96.805,90	287.189,69	1.001.125,34

Os custos dos Centros de Custos de Apoio e Administrativos totalizam \$ 287.189,69 e tem a seguinte composição:

Mão-de-obra	170.706,00	59,440%	custos fixos	
Materiais	72.343,00	25,190%	custos variáveis	66,292% fixos
Outros Custos	19.677,70	6,852%	custos fixos	33,708% variáveis
	<u>24.462,99</u>	8,518%	custos variáveis	100,000%
	287.189,69	100,000%		

Portanto do total de custos dos Centros de Custos de Apoio e Administrativos, 66,292% representavam custos fixos e 33,708% representavam custos variáveis. Vide composição dos custos no Anexo C.

ANEXO H - MAPA DO SUB-PROCESSO: CIRURGIA

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA	SUB-PROCESSOS ENVOLVIDOS NA CIRURGIA					
	Recepção	Unidade de Internação	Farmácia	CME (1)	Centro Cirúrgico	SND (2)
ATIVIDADES						
Admitir paciente						
Fazer triagem e acomodação						
Avaliar para admissão na Unidade Internação						
Avaliar pré-anestesia						
Assistir paciente (medicação, curativos, asseio)						
Monitorizar os sinais vitais do paciente						
Acompanhar evolução do quadro clínico						
Identificar e entregar materiais e medicamentos						
Fornecer materiais e instrumentos esterilizados						
Supervisionar auxiliares de enfermagem Centro Cirúrgico						
Requisitar materiais médicos e medicamentos						
Preparar sala cirúrgica						
Admitir paciente na sala cirúrgica						
Escolher e aplicar anestésico						
Monitorizar os sinais vitais do paciente (mesa cirúrgica)						
Circular paciente						
Realizar cirurgia						
Dar alta para saída sala cirúrgica						
Encaminhar paciente para Recuperação pós Anestésica						
Desmontar sala cirúrgica						
Admitir paciente na Recuperação pós Anestésica						
Aplicar cuidados imediatos pós-operatórios						
Dar alta para saída Centro Cirúrgico						
Encaminhar paciente para Unidade Internação						
Fornecer dieta líquida fria						
Dar alta para o paciente						

(1) CME (Central de Material Esterilizado)

(2) SND (Serviço de Nutrição e Dietética)

7. BIBLIOGRAFIA

Associação de Contadores da Inglaterra e do País de Gales. **Custo-Padrão do original “Standard Costing”**. Tradução de SALVADORI, Leonel Sérgio. 2ª ed. São Paulo : Atlas, 1986

ATKINSON, Anthony A., BANKER, Rajiv D., KAPLAN, Robert S. e YOUNG, S. Mark. **Contabilidade Gerencial**. 1ª ed. São Paulo : Atlas, 2000

BACKER, Luiz Antonio e JACOBSEN, Lyle E. **Contabilidade de Custos: um enfoque para administração de empresa**. Rio de Janeiro : McGraw-Hill, 1973

BAKER, Judith J. **Activity based costing and activity based management for health care**. Maryland : Aspen, 1998

BAUMGARTNER, Ricardo Rinaldi. **Avaliação da aplicabilidade do custeio ABC na acurácia de custos na área hospitalar, especificamente na unidade de terapia intensiva**. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica - PUC/SP. São Paulo, 1998

BAXENDALE, Sidney J. & DORNBUSCH, Victoria. **Activity-based costing for a hospice**. Strategic Finance, Montvale, Mar 2000

BEULKE, Rolando e BERTÓ, Dálvio José. **Gestão de Custos e Resultado na Saúde: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres**. 2ª ed. São Paulo : Saraiva, 2000

BEUREN, Ilse Maria e OLIVEIRA, Hilamar Voigt. **Mensuração das atividades empresariais: custeio baseado em atividades x método da unidade de esforço de produção**. Revista do Conselho Regional de Contabilidade do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Nº 84 p. 31-39, jan-mar/1996

BITTENCOURT, Otávio N. da Silva. **O emprego do método de custeio baseado em atividades (ABC) como instrumento de apoio à decisão na área hospitalar.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1999

BOLETIM IOB, Caderno Temática Contábil e Balanços. **A estrutura básica de um sistema de custos**, n. 9/2000, p. 6-9

BORBA, Valdir Ribeiro. **Planejamento Empresarial Hospitalar** 1ª ed. São Paulo : CEDAS (Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde) 1989

BRASIL. **Constituição Federal.** Brasília - DF, 1988

_____ **Decreto-lei nº 73 de 21/11/96. OPAS. O financiamento da saúde no Brasil.** Brasília, 1994, (Economia e Financiamento, 4)

_____ **Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Normas de Financiamento de Programas e Projetos mediante a celebração de convênios: orientações técnicas.** Fundo Nacional de Saúde. 3ª ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2001

_____ **Lei 9.656 de 03/06/98.** Brasília – DF, 1998

_____ **Lei 8.080/90.** Brasília – DF, 1990

_____ **Lei 8.142/90.** Brasília – DF, 1990

_____ **Ministério da Saúde. Manual SIH/SUS.** Brasília, 1996

_____ **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) nº 01/96.** Brasília, Ministério da Saúde, 1997

CAMPOS, J.Q, FERNANDES, A. e ROZENBO, J. M. **Assistência médico-hospitalar no Brasil.** São Paulo, IPCC, 1986, 162p.

CARMO-NETO, Dionísio. **Metodologia Científica para principiantes**. 3ª ed. Salvador : American World University Press, 1996

CARPINTÉRO, José Newton Cabral. **Custos nas área de saúde – considerações teóricas** Trabalho apresentado no VI Congresso Brasileiro de Custos – FEA/USP, Junho de 1999, São Paulo

CATELLI, Armando. **Sistema de Contabilidade de Custo Estândar**. Tese de Doutorado. Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo : São Paulo, 1972

CATELLI, Armando e GUERREIRO, Reinaldo. **Uma análise crítica do sistema ABC – Activity Based Costing** (Trabalho elaborado para a “XVII Jornada de Contabilidade, Economia e Administração do Cone Sul”). Caderno IOB Temática Contábil, 39/94

CATELLI, Armando (coordenador). **Controladoria. Uma abordagem da Gestão Econômica – GECON**. 2ª ed. São Paulo : Atlas, 2001

CERVO, Amado Luiz e BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica**. 4ª ed. São Paulo : Makron Books, 1996

CHERUBIN, Antonio Niversindo. **Administrador Hospitalar. Um compromisso com a ciência e a arte** 1ª ed. São Paulo : Edições Loyola, 1998

CHERUBIN, Antonio Niversindo. **A Administração Hospitalar e qualidade de vida**. O Mundo da Saúde, São Paulo, Ano 20, v. 20, n. 05, p.164-166, junho/1.996

CHINEN, Cecília Akemi Kobata. **Contribuição a Gestão Financeira Hospitalar no Brasil**. Tese de Doutorado. Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo : São Paulo, 1987

CHING, Hong Yuh e SOUZA, Gilberto Vicente de. **Aplicação do Custeio Baseado em Atividades na Determinação de Custos e Preços de Partos, Diárias de Maternidade e de Berçários em uma Maternidade.** Trabalho apresentado no VI Congresso Brasileiro de Custos – FEA/USP, Junho de 1999, São Paulo

CHING, Hong Yuh, **Medindo e Gerenciando Atividades: os modelos de ABC e Balanced Scorecard,** Trabalho apresentado no VI Congresso Brasileiro de Custos – FEA/USP, Junho de 1999, São Paulo

_____. **Gestão Baseada em Custeio por Atividades** 2ª ed. São Paulo : Atlas, 1997

_____. **Gestão baseada em custeio por atividades na maternidade de uma instituição hospitalar.** Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica. PUC/SP. São Paulo, 2000

_____. **Manuel de Custos de Instituições de Saúde. Sistemas Tradicionais de Custos e Sistema de Custeio Baseado em Atividades (ABC)** 1ª ed. São Paulo : Atlas, 2001

COGAN, Samuel. **Modelos de ABC/ABM: inclui modelos resolvidos e metodologia original de reconciliação de dados para o ABC/ABM.** 1ª ed. Rio de Janeiro : Qualitymark, 1998

_____. **Teoria das Restrições versus Custeio Baseado em Atividades: um aparente conflito.** Trabalho apresentado no VI Congresso Brasileiro de Custos – FEA/USP, Junho de 1999, São Paulo

CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Curso de contabilidade gerencial – 6.** São Paulo : Atlas, 1993

_____. **Custo como Ferramenta Gerencial**, 8

1ª ed. São Paulo : Atlas, 1995

CORNACHIONE JR., Edgard Bruno. **Contribuição ao estudo de arquitetura de Sistemas de Informações de Gestão Econômica**. Tese de Doutorado. Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo : São Paulo, 1999

CORRAR, Luiz João. **Alocação de Custos pelo Método Recíproco**. Caderno de Estudos FIPECAFI/FEA/USP

COSTA, José Cléber do Nascimento. **Qualidade e o futuro dos Hospitais**. O Mundo da Saúde, São Paulo, Ano 25, v. 25, n. 03, p.320-341, jul-set/ 2001

ECO, Umberto. **Como se faz uma tese**. 15ª ed. São Paulo : Perspectiva, 1999.

ELLER, Rosilene. **Análise crítica do ABC sob a ótica de diferentes visões**. Revista Brasileira de Contabilidade. Brasília – DF, Ano XXIX, nº 126, p.79-85, nov-dez/2000

ESTEVES, Maria Josefa Vilar. **A Utilização dos Custos Hospitalares em Hospitais. Um estudo preliminar**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo : São Paulo, 1992

_____. **Fatores do Processo de Assistência Médico-Hospitalar que causam o incremento da permanência do paciente no Hospital**. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo : São Paulo, 1999

FALK, James Anthony. **Gestão de Custos para Hospitais. Conceitos, Metodologias e Aplicações** 1ª ed. São Paulo : Atlas, 2001

FAMÁ, Rubens e HABIB, Claudia Vasconcelos S. **Implantação do Sistema do Custeio ABC em empresa prestadora de serviços de saúde. Vantagens e**

limitações. Trabalho apresentado no VI Congresso Brasileiro de Custos – FEA/USP, Junho de 1999, São Paulo

FIGUEIREDO, Sandra e FERNANDES, Francisca Macedo. **O custo da internação de pacientes de AIDS – um estudo de caso.** Revista Brasileira de Contabilidade. Brasília – DF, Ano XXX, nº 131, p.45-55, set-out/2001

FINKLER, Steven A. ***Essentials of cost accounting for health care organizations.*** Gaithersburg, Maryland : Aspen, 1994

FRANCISCO, Sacramento. **Educação e desperdício. A realidade das instituições hospitalares.** O Mundo da Saúde, São Paulo, Ano 24, v. 24, n. 5, p.406-411, set/out 2.000

FREITAS, Rute de e FUKUMOTO, Helena Lumi. **Implantação do custeio baseado em atividades ABC/ABM no setor hospitalar: centro cirúrgico, um caso prático.** Trabalho apresentado no VIII Congresso Brasileiro de Custos – UNISINOS, Outubro de 2001, Porto Alegre

GARRISON, Ray H. ***Managerial accounting*** 6ª ed. Homewood, IL : Richard D. Irwin Inc., 1991

GIENTORSKI, Luiz Carlos, BRUGNERA, Alcides e PORTILLO, Luis Fernández. **Cálculo do Resultado dos Produtos Financeiros, segundo o modelo ABC.** Trabalho apresentado no VI Congresso Brasileiro de Custos – FEA/USP, Junho de 1999, São Paulo

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** São Paulo : Atlas, 1987

GONÇALVES, Rosana C.M.G, PROCÓPIO, A M. e COCENZA, Verônica **A Diferentes métodos de custeio e utilidade, confiabilidade e valor de feedback da informação de custo.** Revista de Contabilidade do Conselho

Regional de Contabilidade do Estado de São Paulo. Nº 4, p. 5-10, Março/1998.

São Paulo

GUERREIRO, Reinaldo, CASADO, Tania e BIO, Sérgio Rodrigues. **Algumas reflexões sobre os arquétipos e o inconsciente coletivo na contabilidade de custos: um estudo exploratório.** Revista de Contabilidade do Conselho

Regional de Contabilidade do Estado de São Paulo. Nº 15 p. 4-21, Março/2001.

São Paulo

GUERREIRO, Reinaldo. **A Meta da empresa – seu alcance sem mistérios.**

1ª ed. São Paulo : Atlas, 1996

_____. **Sistema de Custeio Baseado em Atividades:**

Análise de um paradoxo. 13º Asian-Pacific Conference on International Accounting Issues, Rio de Janeiro, 2001

HENDRIKSEN, Eldon S. e VAN BREDA, Michael F. **Teoria da Contabilidade,** tradução Antonio Zoratto Sanvicente 5ª ed. São Paulo : Atlas, 1999

HORNGREN, Charles T., FOSTER, George e DATAR, Srikant M.

Contabilidade de Custos. 9ª ed. São Paulo : LTC, 2000

HORNGREN, Charles T., SUNDEM, Gary L., STRATTON, William O.

Introduction to management accounting. 10 ed., Upper Sadle River, NJ :

Prentice Hall, 1996

IBRACON (Instituto Brasileiro de Contadores). **Princípios contábeis: normas**

e procedimentos de auditoria. São Paulo : Atlas, 1988

IUDÍCIBUS, Sérgio de. **Análise de Custos.** 2ª ed. São Paulo : Atlas, 1993

_____. **Contabilidade Gerencial.** 6ª ed. São Paulo : Atlas,

1998

_____. **Teoria da Contabilidade**. 6ª ed. São Paulo : Atlas, 2000

JACQUES, Édison Jacques. **Modelagem ABC para o controle da análise de margem líquida dos serviços prestados aos pacientes graves de um Hospital**. Trabalho apresentado no VIII Congresso Brasileiro de Custos – UNISINOS, Outubro de 2001, Porto Alegre

JOHNSON, H.Thomas. ***It's time to stop overselling activity-based concepts***. Management Accounting, Montvale, Sep 1992

KAPLAN, Robert S. e COOPER, Robin. **Custo e Desempenho. Administre seus custos para ser mais competitivo** 2ª ed. São Paulo : Futura, 2000

KAYO, Eduardo Kazuo et al. **Manual da FACESP para a elaboração de Monografias e Trabalhos Acadêmicos: Forma, Conteúdo e Dicas**. Cadernos Álvares Penteado. FECAP – Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado. FACESP – Faculdade de Ciências Econômicas de São Paulo. São Paulo : 1999

KELLER, I. Wayne e FERRARA, William L. ***Management accounting for profit control***. Kogakusha : McGraw-Hill, 1966

KOLIVER, Olívio. **As mudanças estruturais nas entidades e o comportamento dos custos**. Revista do Conselho Regional de Contabilidade do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, n. 47, p.7-14, set-out 1998

LAKATOS, Eva Maria e MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3ª ed. São Paulo : Atlas, 1991

LAKATOS, Eva Maria e MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do Trabalho Científico**. 4ª ed. São Paulo : Atlas, 1992

LEMES, Sirley e SILVA, Renato Alves da. **Gestão de Custos em empresas sem fins lucrativos: caso aplicado a um centro de tratamento de doentes mentais e farmacodependentes.** Trabalho apresentado no VI Congresso Brasileiro de Custos – FEA/USP, Junho de 1999, São Paulo

LEONE, George Sebastião Guerra. **Curso de Contabilidade de Custos.** 2ª ed. São Paulo : Atlas, 2000

LEPARGNEUR, Hubert. **Medicina e Saúde: 1975-2000.** O Mundo da Saúde, São Paulo, Ano 25, v. 25, n. 01, p.05-27, Jan-mar/ 2001

MADEIRA, Clóvis Ailton e VERTAMATTI, Roberto. **Sistema de Custos Padrões: Aplicações, Limitações e Análise das Variações.** Revista Álvares Penteado, São Paulo, V. 2, n. 04, p.69-82, Junho/2000

MARTINS, Domingos. **Custos e Orçamentos Hospitalares.** 1ª ed. São Paulo : Atlas, 2000

MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de Custos.** 7ª ed. São Paulo : Atlas, 2000

MARTINS, Eliseu e ASSAF NETO, Alexandre. **Administração Financeira.** 7ª ed. São Paulo : Atlas, 1996

MATZ, Adolph , CURRY, Othel J. e FRANK, George W. **Contabilidade de Custos.** 2ª ed. São Paulo : Atlas, 1978, 2 volumes

MEEKER, Margareth Huth e ROTHROCK, Jane C. **Cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico.** Rio de Janeiro : 1997

MEYER, Cristiane Alperstedt. **O hospital como organização complexa: uma proposta para o desenvolvimento de um corpo teórico próprio.** O Mundo da Saúde, São Paulo, Ano 20, v. 20, n. 05, p.167-169, junho/ 1.996

MIGLIAVACCA, Paulo Norberto. ***Business Dictionary. Dicionário de Termos de Negócios (Inglês/Português – Português/Inglês)***. São Paulo : Edicta, 1999

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão de Planejamento. **Manual de Apuração de Custos Hospitalares**. 2ª ed. Brasília : 1988

MIRSHAWKA, Victor. Hospital – Fui bem atendido !!! 1ª ed. São Paulo : Makron Books, 1994

MYAGI, Marisa Mitie. **Modelagem e Análise de Processos em Serviços de Saúde**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo : São Paulo, 2000.

NAKAGAWA, Masayuki **ABC : Custeio Baseado em Atividades** 1ª ed. São Paulo : Atlas, 1994

_____. **Gestão Estratégica de Custos. Conceito, Sistemas e Implementação** 1ª ed. São Paulo : Atlas, 1993

_____. **Introdução à Controladoria. Conceitos, Sistemas, Implementação**. 1ª ed. São Paulo : Atlas, 1993

NOVAES, H.M. ***La Programación Operacional del Hospital y Orlas Unidades, in La garantía de la calidad: Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe***. Washington, D.C. Paltex, (Série SILO N. 13), 1992

OLIVEIRA, Luís Martins de e PEREZ JÚNIOR, José Hernandez. **Contabilidade de Custos para não contadores**. 1ª ed. São Paulo : Atlas, 2000

PADOVEZE, Clóvis Luís. **Contabilidade Gerencial. Um enfoque em sistema de informação contábil.** 3ª ed. São Paulo : Atlas, 2000

_____. **O Paradoxo da Utilização do Método de Custeio: Custeio Variável versus Custeio por Absorção.** Revista de Contabilidade do Conselho Regional de Contabilidade do Estado de São Paulo, nº 12 p. 43-58, Junho/2000

PAMPLONA, Edson de Oliveira. **Contribuição para a análise crítica do sistema de custos ABC através da avaliação de direcionadores de custos.** Tese de doutorado. Fundação Getúlio Vargas – FGV. Escola de Administração de Empresas de São Paulo – EAESP. São Paulo, 1997

PELEIAS, Ivam Ricardo. **Avaliação de Desempenho: um enfoque de gestão econômica.** Dissertação de Mestrado. Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo : São Paulo, 1992

_____. **Contribuição à formulação de um sistema de padrões e análise de sua aderência ao processo de gestão, sob a ótica do modelo Gecon.** Tese de Doutorado. Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo : São Paulo, 1999

_____. **Controladoria. Gestão eficaz utilizando padrões.** 1ª ed. São Paulo : Saraiva, 2002

PEREIRA, Anísio Cândido. **A Autogestão Cooperativista.** Revista Álvares Penteado, São Paulo, V. 2, n. 04, p.117-123, Junho/2000

PEREIRA, Ana Cristina. **Managed Care e a Relevância da Contabilidade de Custos.** O Mundo da Saúde, São Paulo, Ano 26, v. 26, n. 02, p.299-308, junho/2002

POPPER, Karl. **A lógica da pesquisa científica**. 7ª ed. São Paulo : Cultrix, 1998

PORTER, Michael E. **Estratégia Competitiva**. 17ª ed. Rio de Janeiro : Campus, 1999

QUEIROZ, M. S. **Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras**. Caderno de Saúde Pública, 1993

QUAGLIO, Walter Luiz. **Contribuição à estruturação da Controladoria e proposição de um modelo de informações aplicável à atividade hospitalar**. Dissertação de Mestrado. Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado. Faculdade de Ciências Econômicas de São Paulo : São Paulo, 2002

RAMIRO, Wolney. **ABC – Activity Based Costing: motivos e finalidades da sua adoção por empresas brasileiras**. Dissertação de Mestrado. Universidade Presbiteriana Mackenzie : São Paulo, 2000

RIBEIRO, Herval Pina. **O Hospital: História e Crise**. 1ª ed. São Paulo : Cortez, 1993

RICCIO, Edson Luiz e ROBLES JÚNIOR, Antônio. **Sistemas de Custos Baseado em Atividades nas Empresas de Serviços**. Revista de Contabilidade do Conselho Regional de Contabilidade do Estado de São Paulo. p. 48-65, Junho/1997. São Paulo

ROBLES JÚNIOR, Antônio. **Custos da qualidade: uma estratégia para a competição global**. São Paulo : Atlas, 1996

ROBLES JÚNIOR, Antônio e CRUZ, Denis Rodrigues da. **Custos de Serviços Compartilhados**. V Congresso Internacional de Custos. Acapulco, Gro. México, 07/1997

SACRAMENTO, Francisco. **É possível tornar os hospitais mais produtivos através do combate aos desperdícios ?** O Mundo da Saúde, São Paulo, Ano 20, v. 20, n. 05, p.170-174, junho/ 1.996

SARDINHA, José Carlos. **Formação de Preço**. São Paulo, Makron Books, 1995

SCHACKLEFORD, J. Larry. **Measuring productivity using RBRVS cost accounting**. Healthcare Financial Management, Westchester, Jan 1999

SCHMIDT, Paulo. **História do Pensamento Contábil**. 1ª ed. Porto Alegre : Bookman, 2000

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 21ª ed. São Paulo: Cortez, 2000

SOUZA, Otacílio de Moraes. **Um estudo exploratório sobre a atuação da Controladoria nas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – Modalidade Medicina de Grupo**. Dissertação de Mestrado. Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado. Faculdade de Ciências Econômicas de São Paulo : São Paulo, 2001

SOUZA, Otacílio de Moraes e SOUZA, Sandra Regina Silva dos Santos. **O papel da controladoria no planejamento estratégico das empresas de medicina de grupo que atuam através dos planos privados de assistência à saúde no Brasil**. Revista Álvares Penteado, São Paulo, V. 2, n. 05, p.69-86, Dezembro/2000

TELLES, Renato. **Considerações sobre Tipificação da Investigação Científica e Pesquisa Qualitativa**. Revista Álvares Penteado, São Paulo, V. 3, n. 06, p.83-93, Junho/2001

UDPA, Suneel. **Activity-based costing for hospitals**. Health Care Management Review, Gaithersburg, Summer, 1996

VARTANIAN, Grigor Haig e NASCIMENTO, Diogo Toledo. **O Método do Custeio Pleno: uma abordagem conceitual**. Trabalho apresentado no VI Congresso Brasileiro de Custos – FEA/USP, Junho de 1999, São Paulo

WELSCH, Glenn A . **Orçamento Empresarial**. 4ª ed. São Paulo : Atlas, 1987

WEST, Timothy D. & WEST, David A . **Applying ABC to Healthcare**. Management Accounting, Montvale, Feb 1997

YIN, Robert K. **Estudo de Caso. Planejamento e Métodos** 2ª ed. São Paulo : Bookman, 2001

YOSHITAKE, Mariano e CARMO-NETO, Dionísio. **O que tem dito as pesquisas, na área de custos ?** Trabalho apresentado no VIII Congresso Brasileiro de Custos – UNISINOS, Outubro de 2001, Porto Alegre

ZUCCHI, Paola. **Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde**. Dissertação de Mestrado em Administração. Fundação Getúlio Vargas – FGV. Escola de Administração de Empresas de São Paulo – EAESP. São Paulo, 1995

SITES PESQUISADOS

ABC – Associação Brasileira de Custos – <http://www.unicamp.br/abc>

ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo –
<http://www.abramge.com.br>

ABRASPE – Associação Brasileira das Autogestões em Saúde Patrocinadas
pelas empresas – <http://www.abraspe.org.br>

Academy for Health Services Research & Health Policy – <http://www.ahsr.org>

AECA – Asociación Española e Contabilidad y Administración –
<http://www.aeca.es>

AHMG - Associação dos Hospitais de Minas Gerais – <http://www.ahmg.com.br>

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar – <http://www.ans.gov.br>

FEA/USP – Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São
Paulo – <http://www.fea.eac.usp.br>

FESEHF – Federação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e
Entidades Filantrópicas do Estado de São Paulo – <http://www.fesehf.org.br>

FENASEG – Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e
Capitalização – <http://www.fenaseg.org.br>

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
<http://www.hcnet.usp.br>

Hospital Virtual Brasileiro – <http://www.hospvirt.org.br>

IMA – Institute of Management Accountants – <http://www.imanet.org>

Management Accounting Quarterly – <http://www.mamag.com>

Ministério da Saúde – <http://saúde.gov.br>

Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa –

<http://www.uol.com.br/michaelis>

PROQUEST (base de dados) – <http://www.fecap.br/proquest>

REFORSUS – Reforço à reorganização do Sistema Único de Saúde.

<http://www.reforsus.saude.gov.br>

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein –

<http://www.einstein.br>

Strategic Finance Magazine – <http://www.strategicfinancemag.com>

Vigilância Sanitária – <http://www.ead-ensp.fiocruz.br>