

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE

**GESTÃO DE CUSTOS EM UMA CLÍNICA POPULAR MULTIPROFISSIONAL DE
SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE UM
SISTEMA DE CUSTO**

CRISTIANO FREITAS GOMES

São Paulo

2014

CRISTIANO FREITAS GOMES

**GESTÃO DE CUSTOS EM UMA CLÍNICA POPULAR MULTIPROFISSIONAL DE
SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE UM
SISTEMA DE CUSTO**

**Cost Management in Multidisciplinary Health Services: an approach to the
implementation of cost system**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL
EM ADMINISTRAÇÃO: GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE
NOVE DE JULHO – UNINOVE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO
GRAU DE MESTRE EM ADMINISTRAÇÃO.

Orientadora: Prof.^a Chennyfer Dobbins Paes da Rosa

São Paulo

2014

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo aos milhões de brasileiros e brasileiras que estão na angústia da fila do serviço público de saúde na expectativa de receber algum tipo de atendimento e àqueles que por estarem inseridos economicamente na sociedade de forma periférica não dispõem de condições de ter acesso à saúde suplementar lhes sendo assim negado o direito constitucional de acesso à saúde com qualidade e de forma integral.

A todos vocês o meu sincero respeito!

Espero que essa pequena contribuição seja útil na ampliação e replicação de serviços ambulatoriais de baixo custo e na melhoria do acesso desses pacientes a algum tipo de atendimento de saúde de forma digna e humana.

Quero dedicar também e de forma especial à minha MÃE Geralda Gomes de Freitas, uma brasileira honrada, valente e honesta, que apesar do pouco grau de instrução conseguiu sozinha, com a força de seu trabalho e de forma sábia me ofertar condições para que eu, seu único filho, pudesse chegar até aqui.

Obrigado MÃE !!!

Por fim, dedico à Camila Gomes minha esposa, Dora Lígia Gomes e Luis Fernando Gomes meus queridos filhos, por serem minha família e, muito além disso por serem meu esteio, meu tudo, por me tolerarem nos momentos ruins, por compartilharem o sabor das vitórias e as tristezas das derrotas sem jamais permitir que eu me abatesse me dando assim forças para sempre seguir em frente com alegria e coragem.

A vocês, meu sincero carinho e amor eterno !!!

AGRADECIMENTO

Agradeço inicialmente a Deus, em Quem eu acredito e confio, por mais está vitória.

Aos meus Avós Lage e Amélia (*in memorian*), meus Tios Heitor e Gilza, Tios Rubio (*in memorian*) e Ster e Tia Aparecida, e seus respectivos filhos e filhas, meus primos e primas, que foram sempre em algum momento da minha vida um exemplo do bem, foram aquele apoio para que eu seguisse adiante mesmo que a vida insistisse em me mostrar o contrário.

Aos meus padrinhos Orlando (*in memorian*) e Carmem Quintela por terem estado ao meu lado e de minha mãe no início o que foi determinante para que chegasse até aqui.

À Família Giacomini, nas pessoas de Sr. Alberto, Marilda, Tiago, Carol e Lelê. No momento crucial para minha carreira profissional vocês surgiram, acreditaram em mim e me permitiram sonhar alto, mesmo eu pensando que não já seria possível voar mais alto. Vocês permitiram transformar um sonho em realidade. Sem palavras!!! Eterna gratidão.

Aos meus sogros Francisco (Chicão) e Delza pela parceria desde os tempos difíceis, mas extremamente prazerosos e felizes, pela minha “adoção” mesmo que de forma repentina sempre muito acolhedora e verdadeira, por serem nossos amigos e apoiadores de todos os sonhos e devaneios, por mais surreal que possam parecer.

À minha orientadora Prof^a Chennyfer Dobbins da Rosa, parceira desde 2012, agradeço pelo convite, pelo apoio e por me permitir seguir adiante mesmo eu pensando que não iria conseguir. Muito obrigado ! Esse título tem muito de seu apoio, você sabe disso.

A todos meus colegas de mestrado, e em especial aos amigos: Thaissa, Camille, Adriana, Sérgio e Marília pela parceria desses dois anos que parece ter iniciado ontem. Valeu muito !

A todos os professores e professoras do MPGSS / U9 que estiveram conosco por esses dois anos nos ensinando e incentivando.

Finalmente a todos meus amigos, amigas e pacientes da Clínica Dr Família objeto desse estudo, nossos parceiros, colaboradores e apoiadores e em especial à minha sócia e querida amiga Regina Maura Zetone, pela união leal e perene, por sempre estar junto nesse sonho que virou realidade. Gente que cuida de gente ! Que Deus siga nos abençoando.
#tamojunto

RESUMO

É sabido que os setores hospitalares de grande complexidade demandam a gestão dos recursos para sua implantação e operação, sendo que, os equipamentos acabam tendo vida útil relativamente curta e os gastos são demasiadamente altos pela própria característica dos pacientes atendidos, diferente dos ambulatórios de especialidades, onde o custo está voltado a mão de obra qualificada. Atualmente, os serviços de saúde têm buscado controlar seus gastos, visto que, a cada dia o ambiente moderno tem se mostrado a favor das transformações, e a competitividade não só por qualidade, mas por menor custo, tem sido considerada. Propor um sistema de gestão de custos para clínicas de serviços de saúde populares auxilia que os gestores consigam ter melhor capacidade competitiva nas negociações. O objetivo deste trabalho foi analisar o processo de gestão de custos, por meio do custeio por absorção, de uma clínica popular multiprofissional de serviços de saúde. A pesquisa é do tipo pesquisa-ação. Os dados foram coletados em documentos primários e analisados por meio de análise descritiva e documental. O custeio por absorção atende às exigências do Programa Nacional de Gestão de Custos – PNGC, sendo um método fácil de padronização das informações de custo administradas.

Palavras-chave: Administração de Serviços de Saúde; Gestão em Saúde; Ambulatório Hospitalar; Análise de Custos; Custos de Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

It is known that the complexities of large hospital sectors require large amount of resources for their implementation and operation, and the equipment end up having relatively short lifespan and spending are too high for the characteristic of the patients treated, unlike outpatient specialties where the cost is returned to skilled labor. Currently, health services have sought to control your spending. Every day the modern environment has been shown in favor of change and competitiveness not only for quality but at a lower cost has been considered. Propose a system of cost management for health clinics popular services that assists managers can have a better competitive position in the negotiations. The objective this study was to analyze the process of management of costs by absorption costing, in popular multi-professional clinical health services. This research is the research-action type. The data had been collected through primary documents and analyzed by documentary and descriptive analysis. The absorption costing takes care of requirements of Management of Costs National Program – PNGC. This is a easy method to standardize the costs information units that were managed.

Keywords: Health Services Administration; Health Management; Outpatient Clinics, Hospital, cost analysis, Health care costs.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	08
LISTA DE QUADROS	09
LISTA DE TABELAS	10
LISTA DE FIGURAS	11
1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Contextualização.....	12
1.2 Problema de Pesquisa.....	15
1.2.1. Questão de Pesquisa.....	16
1.3 Objetivos.....	16
1.3.1 Geral.....	16
1.3.2 Específicos	16
1.4 Justificativa para estudo do tema.....	16
1.5 Estrutura do Trabalho.....	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
3 MÉTODO	33
3.1 Delineamento da Pesquisa	33
3.2 Procedimentos de coleta de dados.....	36
3.3 Procedimentos e análise de dados.	36
3.4 Limitações da pesquisa.....	39
4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	40
5 CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA.....	53
6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	54
REFERÊNCIAS.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABC: Custeio Baseado na Atividade (do inglês: *Activity-Based Costing*)
- CC: Centro de Custo
- CEPAL: Comissão Econômica para América Latina e Caribe
- CFE: Custos Fixos Estruturais
- CFO: Custos Fixos Operacionais
- CIF: Custos Indiretos de Fabricação
- CT: Custo Total
- CTF: Custo Total Fixo
- CTV: Custo Total Variável
- DFID: Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional (do inglês: *Department For International Development*)
- FEA: Faculdade de Economia e Administração
- IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- kW: Kilowatt
- MS: Ministério da Saúde
- PIB: Produto Interno Bruto
- PNGC: Programa Nacional de Gestão de Custos
- PPGA: Programa de Pós Graduação em Administração
- PSF: Programa Saúde da Família
- RH: Recursos Humanos
- SAME: Setor de Arquivo Médico e Estatístico
- SP: São Paulo
- UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- UNICAMP: Universidade Estadual de Campinas
- VBC: Custeio Baseado no Volume

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Estrutura Geral de demonstração de resultado.....	20
QUADRO 2 – Estrutura Geral de demonstração de lucro líquido unitário.....	20

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Descrição dos gastos, segregados por despesas no período de janeiro a setembro de 2014, São Paulo.....	41
TABELA 2 – Distribuição dos rendimentos, no período de janeiro a setembro de 2014, São Paulo, SP.....	48
TABELA 3 - Distribuição dos grupos de gastos no período de janeiro a setembro de 2014, São Paulo, SP.....	49
TABELA 4 - Distribuição das unidades de medidas dos centros de custos. São Paulo, SP, 2014.....	51
TABELA 5 - Distribuição dos custos do Centro de Custos da Administração. São Paulo, SP, 2014.....	52
TABELA 6 - Distribuição dos custos da administração da Clínica Dr. Família. São Paulo, SP, 2014.....	53

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Funcionamento Geral de um sistema	22
FIGURA 2 – Ciclo do método de pesquisa-ação.....	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

A noção de gestão pode assumir diversos significados. Embora não haja uma definição universalmente aceita para este conceito, existe um consenso de que esta noção inclui um conjunto de atividades que procuram garantir a eficácia de todos os recursos disponibilizados pela organização a fim de serem atingidos objetivos pré-determinados. (Nunes, 2006 como citado em Reis, 2006, p.19)

O processo de gestão é o elemento da sociedade especificamente incumbido de tornar os recursos produtivos (responsável pelo progresso econômico organizado), reflete o espírito predominante da era moderna. (Drucker, 2003 como citado em Reis, 2006, p19)

É sabido que os setores hospitalares de grande complexidade demandam grande quantidade de recursos para sua implantação e operação, sendo que, os equipamentos acabam tendo vida útil relativamente curta e os gastos são demasiadamente altos pela própria característica dos pacientes atendidos (Paim, 2011). Diferente de ambulatórios de especialidades, onde o custo está voltado a mão de obra qualificada.

Atualmente, os serviços de saúde têm buscado controlar seus gastos, visto que, a cada dia o ambiente moderno tem se mostrado a favor das transformações, e a competitividade não só por qualidade, mas por menor custo, tem sido considerada. Indiscutivelmente, a resolutividade em relação aos quesitos tempo e eficácia dos atendimentos, a qualidade médico-assistencial e administrativa, e o custo baixo, são os maiores indicadores de desempenho que visam a excelência dos seus serviços (Martins, 2000 como citado em Paim, 2011; Martins, 2010).

Os aumentos dos custos no setor saúde, associados às limitações de orçamentos, suscitaram o interesse nas análises econômicas no processo de escolha das alternativas prioritárias (Johannesson e le Lorier, 1996, Briggs e Gray, 1999 como citado em Costa, 2002, p.20).

Contudo, ainda existem divergências quanto à padronização conceitual e à condução dos estudos que permitam interferências sobre as análises econômicas, tanto que periódicos médicos têm realizado reuniões e painéis para a obtenção de consensos na área da economia da saúde (Drummond e Jefferson, 1996 como citado em Costa, 2002, p.21).

Para Martins (2000), a eficácia em custos, um dos elementos da excelência em serviços, corresponde à produção dos serviços de saúde com o menor custo possível, em comparação com outras empresas do ramo, mesmo que o mesmo opere com base que não

sejam seus custos. Todavia, para que o serviço trabalhe com o menor custo e ao mesmo tempo atenda as prerrogativas da qualidade, é imprescindível o conhecimento da construção destes custos, não somente o quanto foi gasto, mas como, qual o motivo e para que foi gasto. Assim sendo, o custo passa a ser visto não apenas como um resultado fim, mas também como um meio de mensuração da eficiência da utilização dos recursos e do tempo.

Estas informações e sua acurácia podem subsidiar tomadas de decisão referentes a objetos de custo e objetivos da organização, assim como basear estimativas e previsões, principalmente em se tratando de serviços de saúde que optam por trabalharem com diversas complexidades e/ou diversidades de especialidades médicas, onde os geradores de custos serão, obrigatoriamente, a tecnologia necessária à verticalização dos processos assistenciais, a contratação de mão de obra qualificada e as terceirizações, devido a todos custos fixos e/ou indiretos serem crescentes nessas organizações hospitalares (Martins, 2000 como citado em Paim, 2011).

Outra situação que torna a problemática dos custos ainda mais preocupante é a escalada dos custos fixos e indiretos. Também as empresas prestadoras de serviços em saúde, assim como no setor industrial, têm evidenciado um aumento das despesas indiretas com equipamentos e com desenvolvimento tecnológico (Martins, 2000 como citado em Paim, 2011).

Na área da saúde é também crescente a tendência de aumento com mão de obra, visto que há a necessidade de mão de obra qualificada para interpretar as informações médicas geradas pelas tecnologias (Martins, 2000 como citado em Paim, 2011).

Cogan (1998), relata que as elevadas despesas no setor saúde ficam por conta dos custos indiretos e dos custos fixos, principalmente em salários e encargos de mão de obra.

Nos países desenvolvidos, que já investem uma parcela considerável e crescente do seu Produto Interno Bruto (PIB) em saúde, aumenta a preocupação com a eficiência, efetividade e equidade nos gastos, uma vez que o incremento nos dispêndios médico-assistenciais, por si só, não gera melhores condições de saúde coletiva, nem reduz eventuais iniquidades no acesso aos serviços. Por isso tem sido apontada a necessidade de implementação de novas práticas gerenciais. (Castro, P.S, 2011, p.20).

Nos países em desenvolvimento, além das preocupações citadas estão presentes desafios adicionais como a extensão da cobertura a toda a população, a melhoria da qualidade dos serviços e as exigências do financiamento setorial em concorrência com outras necessidades de desenvolvimento social e econômico. (Piola, s.V e Vianna, s.M. (2009) como citado em Castro, P.S, 2011, pp.20-21).

É fundamental um programa de conhecimento e controle de custos para a área de prestação de serviços em saúde. Conforme a Associação Americana de Hospitais, existem duas classificações do processo de controle de gastos: (1) um sistema básico de informações de custos e (2) um sistema de contabilidade de custos. O primeiro apenas aloca as despesas nos departamentos ou centros consumidores (Centros de Custos). Todavia o segundo individualiza as despesas, analisando os custos por pacientes, diagnósticos, médicos pagadores (Martins, 2000 como citado em Paim, 2011).

Assim, com o marcante crescimento dos gastos em saúde, associado à restrição de recursos orçamentários, identifica-se a necessidade de desenvolvimento de mecanismos e instrumentos voltados para o controle de gastos. Para isso, é necessário gerenciar os custos, iniciando pela sua mensuração e monitoramento nos serviços de saúde. (Castro, P.S, 2011, p.21).

Os serviços de saúde usam mais comumente um sistema básico de informações de custos que utiliza o Princípio do Custeio por Absorção Total e o Método do Centro de Custo, que descreveremos mais detalhadamente no referencial teórico desta dissertação. Ambos iniciam o processo de apuração dos custos nos sistemas de informações sobre o consumo de materiais, patrimonial e pessoal. Mensalmente esses dados são alocados ao respectivo departamento, de modo a contabilizar o custo total realmente gasto. Nesta etapa podem ser identificados os custos totais com materiais e medicações, com recursos humanos, com manutenção etc., que realmente foram consumidos no centro de custo. Tradicionalmente, após a alocação dos custos totais aos respectivos Centros de Custo, é realizado um rateio com a finalidade da obtenção do custo médio de cada serviço prestado (Martins, 2000 como citado em Paim, 2011).

Conforme Falk (2001 como citado em Paim, 2011) a conceituação da Associação Americana de Hospitais sobre este sistema de custos (básico) “apenas mede o volume de resultados *output* de cada Centro de Custo, e essas análises servem para adequar financeiramente certas decisões tomadas, em termos operacionais ou relacionadas às despesas de capital”.

Além do fato de que o sistema de custeio através do Centro de Custo não individualiza o custo de cada serviço, a maior parte dos custos hospitalares são fixos e indiretos. Fixos porque os serviços de saúde têm uma obrigatoriedade de operar em níveis quase constantes de pessoal, e com uma estrutura física e de equipamentos muito pesada. E indiretos em decorrência da setorização dos atendimentos por especialidades podemos citar como exemplo

uma internação que recebe o atendimento da equipe assistencial do setor (plantonistas, enfermagem) e também poderá receber o atendimento de um especialista, necessita fazer exames (Bittencourt, 2001 como citado em Paim, 2011).

Assim, é cada vez mais importante para o gestor conhecer e controlar a estrutura de custos de sua unidade, de forma a garantir o atendimento de saúde para a população e identificando desperdícios, desorganização e falta de planejamento. (Castro, J.D. 2000 como citado em Castro, P.S, 2011, p.21).

1.2 Problema de pesquisa

A busca estratégica para melhorar a eficiência administrativa e aumentar a qualidade do atendimento em saúde, transita pela necessidade de modernização em geral da empresa e de sua inserção nos padrões dos custos operacionais praticados pelo mercado de serviços atual.

O consumo de materiais representa parcela significativa dos gastos existentes e, pelas suas características críticas e estratégicas, necessitam de acurado processo de gestão, como garantir a redução de custos respeitando a qualidade?

O controle racional e metodológico do consumo dos materiais, que envolvem também os medicamentos de alto custo e os equipamentos médicos de altíssima tecnologia, pode gerar significativa redução de custos operacionais, redução de despesas, aumento da produção e da qualidade dos serviços prestados.

As instituições de saúde buscam implantar o sistema interno de apuração dos custos e de elaboração de seus demonstrativos contábeis periódicos, estimando, de maneira precisa, os custos dos diversos procedimentos em saúde.

O mapeamento dos custos e a elaboração do orçamento adequado nos projetos de investimentos internos são fundamentais para o sucesso e a qualidade da prestação de serviços.

O tráfego de informações de custos e despesas é uma importante ferramenta gerencial, racional e dinâmica, porém exige mecanismos confiáveis de compilação para que os resultados sejam adequados e auxiliem na tomada de decisão.

A implantação do sistema de custos deve envolver todas as tarefas operacionais, e as mesmas necessitam ser sistematizadas, facilitando a criação de um sistema de gestão administrativo integrado.

Diversas etapas necessitam ser cumpridas antes de se poder obter informações periódicas e centralizadas sobre os custos em serviços de saúde, visto que os processos

administrativos não devem ser elaborados manualmente, por livros de registros, utilizando os computadores apenas como eficientes máquinas de escrever. Portanto, esta dissertação pretende apresentar uma proposta simples e aplicável para os gestores de clínicas de serviços de saúde de pequeno porte, gerenciarem suas despesas e custos através de um sistema de custos.

1.2.1 Questão de pesquisa

Como funciona o método de gestão de custos por absorção em uma clínica popular multiprofissional de serviços de saúde?

1.3 OBJETIVOS:

1.3.1 Geral

Analisar o processo de gestão de custos, por meio do custeio por absorção, de uma clínica popular multiprofissional de serviços de saúde.

1.3.2 Específicos

Os objetivos específicos desse estudo são:

- propor um modelo de sistemas de custos para serviços de saúde de pequeno porte.
- Fornecer subsídios para as fases de projeto e construção de ações voltadas à melhoria da gestão de custos de uma clínica popular multiprofissional de serviços de saúde.

1.4 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA

O controle de custos em saúde, segundo a orientação do Ministério da Saúde, serve de instrumento eficaz de gestão e de acompanhamento dos serviços, além de permitir a implantação de medidas corretivas que visem ao melhor desempenho dos serviços (Brasil, 2006).

O custo da atenção à saúde está se tornando cada vez mais elevado, e os recursos sempre escassos frente ao crescimento quantitativo das necessidades de atenção à saúde, o que torna cada vez mais urgente o conhecimento sobre a formação dos custos nesse setor, a

fim de possibilitar intervenções que melhorem a população dos serviços a menores custos. (Rocha Filho, F.D.S. e Silva, M.G.C, 2009 como citado em Castro, P.S, 2011, p.23).

Outro aspecto é a necessidade de maior capacitação dos gestores para o exercício de sua função. Porém, a gestão dos serviços de saúde tem sido um dos setores mais atrasados no que se refere à utilização de instrumentos de gestão financeira, ocasionando elevados desperdícios de recursos e o desconhecimento do custo real dos procedimentos. (Jerico, M.D.C. 2008 como citado em Castro, P.S, 2011, p.23).

Estudos de descrição e análise de custos de programas e serviços de saúde constituem importante ferramenta para a análise de viabilidade financeira – um dos componentes fundamentais do planejamento – e para um melhor gerenciamento do sistema de saúde. (Santana, E.D.M. et al como citado em Castro, P.S, 2011, p.23).

Dentre os principais benefícios da gestão de custos nas instituições de saúde, podemos citar que permite o cálculo do valor dos diferentes serviços prestados, subsidia de maneira robusta as tomadas de decisão, o planejamento orçamentário a política estratégica de investimentos (Brasil, 2006).

Cabe ressaltar que identificar setores ou atividades ineficientes na utilização dos recursos ou prestação dos serviços auxilia na transparência da gestão da instituição e também a comparação com o resultado entre instituições análogas, permitindo avaliar e ampliar sua competitividade.

Analisar um sistema de gestão de custos para clínicas de serviços de saúde populares favorece o entendimento quanto a capacidade competitiva da organização e auxilia na construção das tabelas de valores de serviços, facilitando nas negociações.

1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO

Quanto à forma, esta dissertação está estruturada em cinco capítulos. O primeiro capítulo é introdutório, trazendo o Polo epistemológico, deixa claro a escolha do assunto, trazendo o contexto da gestão de custos e a necessidade de especificar o assunto para as clínicas de pequeno porte.

O capítulo dois é composto pela revisão teórica sobre os principais tópicos relacionados ao trabalho, dentre os quais se destacam: Evolução dos Sistemas de Custeio; Gestão de Custos: custos fixos e variáveis; Tipos de Sistemas de Custeio.

O capítulo três detalha os procedimentos metodológicos utilizados durante a pesquisa com ênfase para o desenvolvimento do projeto de pesquisa.

O quarto capítulo apresentará os resultados obtidos e uma discussão sob a óptica da literatura pertinente.

O capítulo cinco expressará as conclusões da pesquisa embasadas pela teoria correlata e as recomendações.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Evolução dos Sistemas de Custeio

Para iniciarmos nossos entendimentos sobre os sistemas de custeio, faremos um breve relato nos principais termos que envolvem a contabilidade de custo nas empresas industriais e de serviços para se definir precisamente os conceitos que serão utilizados de maneira frequente neste trabalho.

Explanaremos as principais teorias que estudam os sistemas de custeio e assim, através da literatura, justificar a escolha de determinada teoria para ser implementada em clínicas populares de serviços de saúde, objeto deste estudo. A existência das diferentes escolas da contabilidade de custo se justifica porque as empresas em geral possuem processos próprios de produção e necessidades diferentes em termos do controle produtivo ou gerencial. Os objetivos dos sistemas contábeis poderão ser fiscais, gerenciais ou até de aumento da qualidade produtiva, pois podem indicar setores ou processos que necessitam aumentar sua eficácia na alocação dos recursos utilizados.

Para melhor compreensão os próximos parágrafos descrevem alguns conceitos que serão abordados durante esta dissertação.

O primeiro conceito é do que seja contabilidade. Esta é um método de identificar, mensurar e comunicar informação econômica, a fim de permitir decisões e julgamentos adequados por parte dos usuários da informação (Nakagawa, 1995 citado em Iudícibus,2005).

O segundo conceito é custo. Trata-se de uma utilização normal de bens ou serviços no processo de produção de outros bens ou serviços. Satisfaz os requisitos de ocorrência de utilização de um recurso econômico e objetivo de produzir bens ou serviços.

Para ser considerado custo a utilização do recurso tem que ser normal e previsível dentro do processo produtivo. Se a utilização ocorrer de maneira anormal, em decorrência de um incêndio, por exemplo, a literatura contábil o classifica como perda, pois não é necessário à produção.

Os custos ocorrem tanto em indústrias de manufatura como em empresas de prestação de serviços. Na prestação de serviços a produção e o consumo ocorrem simultaneamente, pois os serviços não são estocáveis (Martins e Rocha, 2010; Martins, 2010).

Outro conceito é sobre custo operacional, envolve os custos incorridos nas atividades produtivas da empresa em seu processo de produção ou de serviços finais. Os custos operacionais acrescentam despesas administrativas, financeiras e tributárias que existirem no período. Este total é deduzido da receita bruta (resultado bruto de vendas, pode-se dizer em

saúde que vendemos consultas, exames) obtendo-se a margem líquida ou lucro líquido. Veja no quadro abaixo:

RECEITA BRUTA DE VENDAS
(-) CUSTO OPERACIONAL
(-) DESPESAS ADMINISTRATIVAS
(-) DESPESAS DE VENDAS
(-) DESPESAS FINANCEIRAS
(-) DESPESAS TRIBUTÁRIAS
(=) LUCRO LÍQUIDO

Quadro 1: Estrutura geral de demonstração de resultado.

Fonte: Adaptado de Florentino (1993).

A evolução histórica da proporção (ou desproporção) entre os custos operacionais e o conjunto das demais despesas da empresa pode permitir que a Diretoria avalie distorções globais em seus processos operacionais ou administrativos. Este método de demonstração também pode ser utilizado no cálculo do preço ou lucro unitário do produto. Neste caso é necessário dividir todas as despesas em geral incorridas no período (rateio) e transformá-las em valores unitários, de acordo com o volume da produção:

PREÇO UNITÁRIO DE VENDAS
(-) CUSTO OPERACIONAL UNITÁRIO
(-) DESPESAS ADMINISTRATIVAS UNITÁRIAS
(-) DESPESAS DE VENDAS UNITÁRIAS
(-) DESPESAS FINANCEIRAS UNITÁRIAS
(-) DESPESAS TRIBUTÁRIAS UNITÁRIAS
(=) LUCRO LÍQUIDO UNITÁRIO

Quadro 2: Estrutura geral de demonstração do lucro líquido unitário.

Fonte: Adaptado de Florentino (2003).

O custo padrão significa a melhor proporção possível ou a proporção ideal entre os grupos de custos. É ideal, por exemplo, que os maiores grupos de custos fossem os custos diretos, consumidos diretamente no processo produtivo, e que os custos indiretos, representantes da infra-estrutura necessária à produção, fossem os menores possíveis.

Despesa é a utilização de bens ou serviços nos processos administrativos, de comercialização e de geração de receita, com o objetivo de manter a atividade da empresa

como um todo e gerar receita. Em geral, podem ser administrativas, de vendas e marketing, financeiras e fiscais.

Assim, temos que o termo custo refere-se ao momento em que os recursos estão sendo consumidos ou transformados e a despesa designa os valores confrontados com a receita, no momento da realização desta (Martins e Rocha, 2010).

Pode-se trazer como exemplo de despesas administrativas as instalações e os equipamentos de escritório utilizados nas seções da administração, manutenção das máquinas e instalações, depreciação das máquinas e instalações. Também os salários, encargos sociais e benefícios do pessoal próprio ou terceirizado da administração geral (Martins e Rocha, 2010).

Para despesas de vendas e marketing pode-se citar os fretes, comissões de vendedores, salários encargos sociais e benefícios do pessoal do setor, depreciação e manutenção da área de vendas, inclusive veículos, gastos de publicidade, seguros de veículos (Martins e Rocha, 2010).

Para despesas financeiras cita-se gastos referentes à remuneração do capital, próprio ou de terceiros, juros etc. inclusive as variações monetárias e cambiais.

Para despesas fiscais pode-se exemplificar tributos, taxas, contribuições compulsórias, licenciamentos etc. referentes à administração em geral (Martins e Rocha, 2010).

Os custos têm a capacidade de serem atribuídos ao produto final (atividade-fim), despesas são de caráter geral, que auxiliam na sobrevivência da empresa (atividade-meio) (Martins e Rocha, 2010).

Caso tenha dúvida na classificação basta imaginar se aquele item ao faltar irá interferir na entrega do produto, se sim é custo e se não é despesa.

O conceito de gasto é o dispêndio ou gasto é a compra de bens ou serviços. Gera necessariamente a obrigação de pagar, porém gasto e pagamento (ou desembolso) são eventos distintos, pois geralmente ocorrem em momentos diferentes (Martins e Rocha, 2010).

Já investimento são os gastos havidos pela aquisição de bens ou serviços, que serão estocados nos Ativos da empresa, para baixa ou amortização por ocasião de sua venda, do seu consumo, do seu desaparecimento ou de sua desvalorização (Martins, 2010).

Assim, os recursos adquiridos e estocados dentro do hospital apenas serão custos se forem utilizados nos processos internos de atendimento dos pacientes, pois os medicamentos poderão ter sua data de validade vencida, constituindo perdas, ou poderão ser emprestados ou doados a outras instituições, diretamente do almoxarifado, constituindo transferências.

O produto é o resultado (*output*) de um processo que utiliza insumos (*inputs*), associando-o à Teoria dos Sistemas:

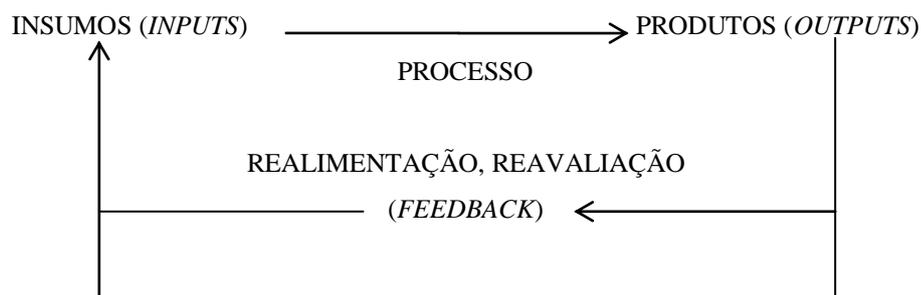


Figura 1: Funcionamento geral de um sistema.

Fonte: Adaptado de Martins e Rocha (2010).

Outro conceito utilizado nesta dissertação é a unidade de produto que refere-se a cada exemplar individual do produto. Assim, o conceito de unidade de produto conduziria à idéia de custo unitário, considerando-se que o mercado é movido por meio de transações em torno da unidade. Destaca assim a importância da informação do custo unitário ao vendedor e à empresa. Complementa que o grande problema é determinar que elementos computar, pois cada método de custeio leva a um custo unitário diferente (Martins, 2010).

Gestão de Custos: custos fixos e variáveis

Os métodos de custeio diferem entre si no que consideram custo do produto, em contraposição ao que consideram encargos do período ou, como foi visto, as despesas. As principais categorias de custo são os custos fixos, custos variáveis, custos diretos e custos indiretos. Estas categorias principais podem ser combinadas entre si, gerando subcategorias que possuem características mistas.

Em economia, estuda-se principalmente os custos fixos e variáveis, como componentes do custo total:

$$\text{Custo Total (CT)} = \text{Custo Total Fixo (CTF)} + \text{Custo Total Variável (CTV)}$$

Os custos fixos são aqueles custos que não variam em relação à taxa de produção (Miller, 1981).

Também podem ser sub-classificados em custos fixos estruturais (Cfe) e custos fixos operacionais (Cfo) (Martins & Rocha, 2010).

Os Cfes são relacionados à capacidade produtiva máxima das instalações de determinada planta empresarial. Estes custos geralmente permanecem inalterados em

qualquer nível de utilização da capacidade produtiva instalada, considerando apenas o curto prazo. Assim, até se a empresa estiver com suas atividades paralisadas, estes custos permanecem existindo.

Neste sentido, relacionados aos Cfs, podemos também considerar a existência das despesas fixas estruturais, que são necessárias para dar sustentação administrativa e de apoio à empresa como um todo, nem sendo afetadas pelas quantidades produzidas, plantas ou instalações em operação (Martins e Rocha, 2010). Poderão aumentar médio ou longo prazos se houver investimento no aumento da capacidade produtiva da planta ou dos equipamentos.

Os Cfos são afetados pela quantidade produzida e pelo volume de produção da planta. São custos fixos, porém seu valor pode ser alterado por mudanças nas decisões táticas da organização. Seus valores podem ser ajustados aos diferentes níveis de atividade, dentro dos limites da capacidade instalada. Exemplos: Salários e encargos da supervisão e chefia da produção, salários diretos extraordinários, depreciação de ferramentas, desgaste e reposição de equipamentos operacionais, gastos com gerência da produção e treinamento operacional. Podem ser ajustados no curto prazo de acordo com as variações das necessidades da produção.

Os custos fixos, por referirem-se geralmente ao período de aquisição, podem gerar perdas nas parcelas não consumidas ou não utilizadas durante o período de contratação, a exemplo dos aluguéis (Martins e Rocha, 2010).

Os custos variáveis economicamente consideram-se como sendo os custos que a empresa incorre pela utilização de insumos variáveis no processo de produção. São função direta da taxa de produção. Também podem ser considerados fixos em cada unidade individual produzida, se mantida a capacidade da planta.

Incluiriam a conta das matérias-primas, dos salários etc., segundo a Microeconomia Clássica (Miller, 1981). Podemos constatar que, para os economistas, o que importa é a visão agregada do processo produtivo, envolvendo tudo o que foi gasto para produzir a mercadoria ou o serviço, diferentemente da técnica contábil.

Todavia, o valor do custo variável unitário não é necessariamente constante e exato, pois a quantidade de insumos utilizada pode ser afetada por variações na composição dos materiais, por oscilações na eficiência de sua aplicação, pela manutenção e aferição dos equipamentos ou pela variação dos preços dos insumos (Martins e Rocha, 2010).

Finalmente, considere-se a observação de Florentino (1993, p. 22):

Determinados componentes de custo podem se apresentar ora como custos fixos, ora como custos variáveis [...] Por exemplo, a depreciação de um equipamento, se for efetuada por um valor constante anual, constitui um custo fixo. Porém, se a depreciação se calcula por unidade produzida, então o seu valor constitui um custo variável.

Este método pode ser bastante útil gerencial e contabilmente em processos de produção mistos e fragmentados, como na indústria por encomenda e na prestação de serviços, inclusive os hospitais, onde o objetivo gerencial principal é a determinação do custo por paciente, assim que cessa a prestação dos serviços ou tratamento. Seria impossível aguardar o fechamento do balanço financeiro do exercício para apurar-se o verdadeiro valor dos serviços prestados ou da conta hospitalar do paciente.

Torna-se bastante prático, por exemplo, dividir o valor do aluguel mensal do andar pela quantidade de dias do mês e pela quantidade de leitos diários existentes:

Exemplo o aluguel mensal do andar = R\$ 10.000,00 / 30 dias / 20 leitos diários disponíveis = R\$ 33,33 por dia.

Observe-se que se a quantidade de leitos/dia disponíveis aumentar para 40, este valor cai para R\$ 8,33. No caso acima possivelmente estão ocorrendo perdas. Esta diferença de valor pode ser tratada como custo de ociosidade.

Custos Diretos e Indiretos

Conforme Martins e Rocha (2010), a classificação dos custos em diretos e indiretos identifica o nível de precisão da mensuração de cada elemento de custo em relação a determinada entidade de objeto de custeio.

Para que um custo seja direto em relação a uma unidade de produto é necessário que haja um fator ou medida de consumo por meio do qual seja possível mensurar a quantidade de recursos consumidos.

Por exemplo, os salários dos supervisores de produção são custos diretos em determinado departamento produtivo. Se o departamento possui apenas uma linha de produção, estes custos de supervisão também serão atribuídos diretamente ao produto final.

Porém, se a linha de produção gerar produtos diferentes, A e B, os custos de supervisão terão de ser divididos e rateados entre os diversos tipos de produtos gerados, constituindo custos indiretos, pois nem são atribuíveis direta e integralmente a cada produto ou serviço.

Caracterizam-se os custos diretos por a identificação ser direta; apropriação ser objetiva; mensuração ser precisa; não há alocação subjetiva nem arbitrária; não é necessário realizar estimativas ou aproximações.

Considera-se custos diretos em hospitais os medicamentos ministrados aos pacientes, os materiais de enfermagem, curativos, exames solicitados, gases medicinais e os honorários médicos contratados com base em procedimentos.

Porém, economicamente, o benefício da informação contábil gerada tem que superar o custo de sua mensuração. A relação custo-benefício tem que ser favorável (Martins & Rocha, 2010).

Já os custos indiretos por sua vez, são alocados a cada objeto de custeio por meio de estimativas, rateios e aproximações. Sua precisão é inferior aos custos diretos e também pode conter certo grau de subjetividade ou juízo de valor (Martins e Rocha, 2010).

Mas seu critério nem pode ser arbitrário; deve se aproximar ao máximo da realidade. As diferentes técnicas de cálculo e graus de precisão na apuração dos custos indiretos também têm gerado novas escolas de sistemas de custeio, pois o montante percentual desta categoria de custos tem aumentado gradativamente na atualidade e sua apuração incorreta pode ocasionar graves distorções nas informações contábeis. Esta discussão será retomada ao estudarmos o sistema ABC (Martins e Rocha, 2010).

Constata-se que se um custo é variável em relação ao volume de produção de determinado produto, ele também é direto em relação a este produto.

Por sua vez, os custos fixos em relação ao volume de produção de determinado produto também serão indiretos em relação a estas unidades produzidas. Estes conceitos se interseccionam (Martins e Rocha, 2010).

Tipos de Sistemas de Custeio

Cada empresa tem suas características de produção, podendo formar diversas proporções na distribuição entre os custos, sejam eles fixos ou variáveis (ou diretos e indiretos). As necessidades de gerenciamento contábil também mudarão conforme a empresa utilize em seu processo produtivo maior ou menor quantidade de capital fixo (ou ativo imobilizado), por exemplo. Nestes casos, será necessária maior precisão na apuração dos custos fixos (ou indiretos) (Miller, 1981).

As principais diferenças entre os métodos consistem no que cada método considera como custo de produto em contraposição ao que é tratado como encargo de período e registrado diretamente na Demonstração de Resultados da empresa (Martins e Rocha, 2010).

Os custos são confrontados com os preços (ou receita) para apuração da margem bruta de lucro. Os encargos (também incluindo as despesas) são deduzidos da margem. As necessidades das empresas diferem, gerando critérios diferentes de se considerar o que será incluído no custo ou deduzido da margem. Estes sistemas de custeio também conduzirão a resultados diferentes e possuem diferentes métodos de apuração – mais simples ou mais demorados; mais ou menos dispendiosos; mais amplos ou setorizados etc.

Conforme as necessidades deste trabalho, estudaremos os sistemas: Custeio por Absorção (integral ou pleno), Custeio Direto e Custeio por Atividades ou Custeio ABC.

Os métodos tradicionais de custeio por volume (VBC – *Volume Based Costing*), tanto por absorção como o direto (ou variável), têm suas áreas próprias e específicas de eficácia e são absolutamente insubstituíveis (Nakagawa, 2001).

O plano de contas da contabilidade deve atender à legislação vigente e às necessidades da atividade empresarial. As contas de custo deverão estar analisadas, oferecendo as facilidades necessárias para a apropriação dos custos (Fernandes, 1993).

O custeio por absorção é uma metodologia decorrente do princípio contábil, diferenciando-se de outros métodos pois tem, como critério, o de apropriar todos os custos de produção aos bens ou serviços (Fernandes, 1993).

Oficialmente a nossa legislação exige o custeio por absorção e obriga que todos os custos diretos e indiretos, ligados à produção, sejam incorporados ao produto. Desobriga a incorporação dos gastos relativos à administração da produção, ao setor de compra, à contabilidade e outros setores de difícil apropriação (Fernandes, 1993).

As informações geradas pelo sistema de custeio por absorção serão de maior importância em instituições que não dispõem de qualquer método eficaz ou sistema básico contábil ou de controle de custos, pois estão impossibilitados de estabelecerem parâmetros precisos de definição dos seus preços finais (Nakagawa, 1995).

A orientação do Ministério da Saúde também é de que as instituições vinculadas padronizem sua metodologia e adotem o sistema de custeio por absorção integral. Este método é o mais utilizado pelas nossas instituições em geral (Brasil, 2006). Porém apresenta certas deficiências em sua utilização gerencial, entre elas, a pouca objetividade nos critérios de apropriação dos custos fixos e variáveis.

Também, em termos de comparação com os estudos sobre custos hospitalares existentes, teremos que demonstrar o resultado utilizando diferentes métodos de custeio, como o custeio direto e o custeio ABC.

Custeio por Absorção Integral ou Pleno

Define-se custeio por absorção o critério que se apropria os custos de produção, este sistema atribui ao produto todos os custos de produção (operacionais) e também os gastos fixos de administração e de vendas (Martins e Rocha, 2010).

O Custeio por absorção, também chamado custeio integral, ou custo integral, é aquele que faz debitar ao custo dos produtos todos os custos da área de fabricação podendo ser custos diretos ou indiretos, fixos, variáveis ou operacionais. O procedimento é fazer com que cada produto ou produção, no caso da área de saúde o serviço, absorva parcela dos custos diretos e indiretos, relacionados ao processo de fabricação.

Esse método é derivado do sistema desenvolvido na Alemanha no início do século XX, chamado *Reichskuratorium für Wirtschaftlichkeit*, mais conhecido como RKW, inclui no custo dos produtos os encargos financeiros eventualmente pagos a terceiros e os juros sobre o capital próprio investido na produção, juros sobre o capital próprio de giro (custo de oportunidade do capital próprio).

Esta versão poderá ser útil em processos produtivos de longa duração e intensivos em capital. Do ponto de vista gerencial permite calcular o custo realmente pleno de se produzir, administrar, vender, e financiar todas as operações da empresa (Martins e Rocha, 2010). O conhecimento da lucratividade final do capital empregado na operação ampla da empresa nem poderia omitir qualquer destes itens em seu cálculo.

Existem alguns passos para a apuração dos custos neste método de absorção, dentre eles a separação dos gastos do período em despesas, os custos, investimentos e a segregação dos custos indiretos e diretos (Megliorini, 2007).

É necessário que os custos diretos sejam alocados em cada centro de custo, setor, produto ou atividade que está sendo calculada. Os custos indiretos devem ser alocados por método de rateio entre os centros de custo, departamentos, atividades (Falk, 2001).

O método de rateio pode ser feito de maneiras diferentes, alguns serviços separam a organização por departamento (entende-se por departamento um universo administrativo representado por equipamentos e mão de obra, com atividades homogêneas) outros organizam a alocação por departamentos produtivos como a alocação direta, onde todos os gastos de cada centro auxiliar são rateados diretamente no centro de custo produtivo (Falk, 2001).

Cabe ressaltar que os custos de centros de apoio não precisam ser distribuídos para os centros produtivos que não usufruem destes serviços, o mesmo serve quanto ao rateio de centros auxiliares, nunca se rateia custo de centro auxiliar para centro auxiliar (Falk, 2001).

Outro método é a alocação sequencial que reconhece as trocas de serviços de um centro auxiliar para outro. Neste caso, precisa ser escolhido um centro inicial que terá seus gastos rateados para os centros auxiliares que ele oferece apoio (Falk, 2001).

A alocação recíproca também pode ser utilizada. Esse método reconhece a reciprocidade entre os diversos centros auxiliares, busca melhorar o método sequencial, não utilizando a sequência para o rateio de custos aos centros auxiliares (Falk, 2001).

Pensando nas vantagens que o método de custeio de absorção propicia podemos citar a agregação de todos os custos (fixos e variáveis) e é um método barato de implementar. Já como desvantagem pode-se pensar que os custos que não se relacionam com uma determinada atividade (produto) sempre são distribuídos por meio de critérios de rateio, o que pode causar um viés na informação; o custo fixo por unidade depende do tamanho da produção e os custos fixos sempre se manterão, independente da produção.

Custeio Direto

Neste sistema, serão considerados os custos diretos ou variáveis, individualmente mensuráveis e envolvidos especificamente na produção ou no serviço prestado. Por exemplo, os salários dos supervisores da produção nem seriam considerados, sendo transferidos para o Resultado do Exercício. Neste item, apenas a mão de obra direta ou operacional e seus encargos seriam apurados. Os medicamentos, ministrados aos pacientes e os materiais de enfermagem consumidos são considerados; porém a energia utilizada pelos equipamentos médicos, a manutenção etc. serão transferidos para Resultados.

Neste método não se faz o “rateio” dos Custos Indiretos de Fabricação (CIF) aos departamentos e aos produtos (Nakagawa, 1995). Os gastos são transferidos como resultados e constituem gastos estruturais da empresa (fixos).

O principal problema deste método é que os gastos indiretos (rateáveis) e de capital aumentam significativamente em proporção aos gastos diretos.

Este método simplifica bastante o trabalho de apuração e torna-se mais ágil do que os demais sistemas, permitindo que as informações sobre o consumo dos insumos variáveis ou diretos, utilizados na linha de produção, sejam rapidamente obtidas e utilizadas a curto prazo para fins de decisão e controle urgentes. Podemos citar como exemplo, materiais consumidos diretamente e possíveis de serem mensurados e atribuídos diretamente a cada unidade de produto ou serviço (Nakagawa, 1995).

Quando se trata de custo operacional variável indireto, considera-se os materiais que necessitam de rateios gerais; mão de obra em geral da Seção (neste item são apresentados em

separado os itens de mão de obra direta e mão de obra administrativa, que engloba os funcionários da supervisão e das chefias do andar, despesas gerais como administrativas, tributárias, financeiras e de capital (juros do capital próprio e de giro próprio) (Nakagawa, 1995).

Custeio por Atividade ou Curva ABC

Activity Based Costing é um método pelo qual os custos indiretos de fabricação e as despesas são atribuídos, inicialmente, às atividades, para só então serem alocados aos produtos/serviços ou outros objetos de custo, por meio dos direcionadores de custos (Nakagawa, 1995).

O custeio ABC vem se tornando atualmente cada vez mais popular. O ABC não constitui novo método de substituição dos sistemas tradicionais de custeio para fins contábeis (Nakagawa, 1995). Implementa a análise das atividades executadas dentro da empresa e suas relações com os objetos de custos. Procura tornar direto o maior número possível de custos proporcionais e não proporcionais por meio de direcionadores de custos (Brasil, 2006).

Este método pretende fragmentar os processos de produção da empresa e analisar em detalhes sua eficácia, contribuindo para o aumento da sua competitividade no mercado. Permite decisões de rastreamento de processos, redução de custos, reengenharia administrativa ou da produção e melhoria da qualidade. Vemos que sua importância é principalmente gerencial e, até, estratégica.

Os recursos são destinados às atividades que, por sua vez, são atribuídas aos objetos de custo, com base em seu uso (Player, S.; Keys, D e Lacerda, R.A.,1997 como citado em Botelho, 2006). Também o autor define os direcionadores de custo como sendo qualquer fator que afeta diretamente o custo do produto ou serviço, sendo que cada atividade executada na organização tem múltiplos direcionadores de atividade. Por exemplo, admitir paciente, realizar exames, monitorar paciente, administrar medicamentos etc.

Conforme cita Nakagawa (1995):

Idealmente, todos os custos deveriam ser diretamente apropriados às atividades e aos produtos, mas, à medida que as tecnologias evoluem, cada vez mais os custos vão tornando-se indiretos. Neste contexto, o ABC é um facilitador para a apropriação direta dos custos indiretos e o “rateio” deve ser usado só em última instância.

A implementação do método ABC para o custeio de serviços no âmbito da saúde tem crescido nos últimos anos, pois trata da proposta de melhoria da análise de custos em relação ao sistema tradicional. Parte do pressuposto que as atividades consomem recursos, gerando custos que são repassados aos produtos e serviços. “Rastreia” as atividades mais importantes dos processos de produção e prestação de serviços identificando as rotas de consumo dos recursos da empresa. Assim, através desta análise de atividades, propicia o planejamento e a utilização mais eficiente dos recursos, favorecendo a otimização de lucro e a criação de valor para os clientes (Paim, 2011).

Segundo Nakagawa (2001, p. 29), o ABC 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 rastreamento feito pelo ABC nas atividades mais relevantes e que consomem a maior parte dos recursos da empresa tem o significado de identificar, classificar e mensurar, numa primeira etapa, a maneira como as atividades consomem recursos (direcionadores de recursos) e, numa segunda etapa, como os produtos consomem as atividades da empresa (direcionadores de atividades) (Nakagawa, 1995).

Para Brownlee (1996) o ABC tem dois benefícios principais no cenário hospitalar: fornece informação acurada sobre os custos incorridos por cada serviço prestado aos pacientes; e motiva os administradores e gerentes a pensarem diferentemente, de maneira a promoverem os cuidados da saúde mais eficientemente. O mesmo autor, ao explicar a premissa conceitual do ABC baseada no consumo de recursos pela atividade e o repasse do custo ao serviço, comenta que Custos salariais alocados ao centro de custo e tidos como fixos, são transformados em custos variáveis conforme as atividades executadas (como citado em Paim, 2011).

Existem pressupostos do ABC, dentre eles: o mapeamento de processo que é a primeira fase do método ABC. A organização deve ser modelada em atividades, que, encadeadas, formam os processos. Destaca-se que a diferença entre o ABC e os métodos tradicionais é que contempla a descrição e o tempo gasto em cada uma das atividades dos departamentos e processos (Bornia, 2001 como citado em Paim, 2011).

O conceito de processo ou sub-processo é o conjunto de atividades que têm um direcionador comum e um objetivo bem objetivo que possa ser identificado ao cliente (externo ou interno) (Martins, 2000 como citado em Paim, 2011).

Atividade é o “processo que combina, de forma adequada, pessoas, tecnologias materiais, métodos e seu ambiente, tendo como objetivo a produção de produtos. [...]

processamento de uma transação. [...] maneira como uma empresa utiliza seu tempo e recursos para cumprir sua missão, objetivos e metas” (Martins, 2000 como citado em Paim, 2011).

Já o conceito de tarefa é o trabalho específico a ser realizado, trata-se de um dos elementos básicos de uma atividade (Martins, 2000, citado em Paim, 2011).

E função “trata-se de uma agregação de atividades que têm um propósito comum [...] deve responder o mais precisamente possível à questão: ‘o que ela (função) faz?’” (Martins, 2000 como citado em Paim, 2011).

Procedimento é o ato ou efeito de proceder; comportamento; conduta; processo. Na linguagem médica está relacionado a algo que é realizado diretamente no paciente, um exame, uma punção, uma instalação de material tipo sonda ou cateter, uma cirurgia (Martins, 2000 como citado em Paim, 2011).

Os conceitos Gestão pela Qualidade são aplicáveis a todas as formas de fornecimento de produtos ou serviços, e para qualquer empresa. Independente da situação sempre existe um produto envolvido num serviço, e um serviço envolvido num produto. A área da saúde, principalmente na execução das atividades dos protocolos e rotinas, caracteriza-se por prestar serviços, pois o preço das suas aquisições está fundamentalmente relacionado à utilização (“compra”) da bagagem intelectual dos profissionais da saúde, ao invés de volume físico facilmente tangível e valorado (Martins, 2000 como citado em Paim, 2011).

Quando pensa-se em direcionar custos é necessário rastrear as atividades mais importantes identificando os geradores de custos ao mesmo tempo em que se estabelece uma relação de causa-efeito entre o Recurso Consumido e o Custo Gerado.

O pressuposto do ABC repousa na aceitação de que os recursos são consumidos pelas atividades e não pelos produtos ou serviços que produz. Um exemplo é a energia elétrica, medida por quilowatts (kW), ela pode ser considerada recurso e um direcionador de atividade é o banho.

O grande elo de veracidade de causa-efeito são os direcionadores de recursos e de custos, sendo eles a principal diferença entre o ABC e os demais sistemas de custeio (Bittencourt, 2001).

A ligação entre atividades e objetos de custo como produtos, serviços e clientes é feita por meio de geradores de custo da atividade (Kaplan & Cooper, 1998).

O direcionador de recursos identifica a maneira como as atividades consomem os recursos servindo para customizar as atividades, enquanto os direcionadores de custos indicam a relação entre as atividades e os objetos de custos (Martins, 2000).

Um direcionador de custo (*cost driver*) é utilizado como fator de associação entre os recursos e as atividades custeadas ou entre as atividades e os objetos custeados. Ou seja, é um fator causal que influencia o nível e o desempenho de atividades e o consumo resultante de recursos (Nakagawa, 2001).

Segundo Bittencourt (1999), o direcionador é qualquer fator que afeta o custo total. Isto significa uma mudança no nível de custo do fator que está sendo medido em relação ao custo total de um objeto de custo relacionado.

Martins (2000) trás uma conceituação mais abrangente e menos segmentada de direcionador, parecendo não estar preocupado se é de recurso, de custo, de primeiro ou segundo estágio. Diz o autor: servem para vincular as atividades, aos objetos de custo. Constituem-se em direcionadores de atividades os fatores de consumo dos recursos e de unidades de trabalho (como citado em Paim, 2011).

Conforme Kaplan e Cooper (1998) os projetistas de sistemas ABC podem escolher entre três diferentes tipos de direcionadores: de transação, de tempo e de intensidade.

Os direcionadores de transação avaliam a frequência (volume) na qual é realizada a atividade; os de tempo avaliam o tempo em que a atividade é executada; já os direcionadores de intensidade, como o próprio nome diz, tentam representar à intensidade na qual o recurso e/ou a atividade é consumida.

Dentre os benefícios que o Sistema de Custeio ABC proporciona às instituições, cabe citar a melhora as decisões gerenciais; facilidade quanto a determinação dos custos relevantes; permite identificar ações com a finalidade de reduzir os custos; proporciona maior exatidão nos custos de serviços e produtos (Kaplan & Cooper, 1998).

3 MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA

A metodologia da pesquisa em Ciências Sociais Aplicadas tem uma diversidade de tipologia e taxionomia para o desenvolvimento dos estudos. Pretende-se neste capítulo abordar os métodos referência na área de custos e estruturas conceituais. (Borinelli, 2006; Jabareen, 2009).

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Classifica-se esta pesquisa em exploratória e descritiva, de acordo com Martins e Theophilo (2009), a pesquisa exploratória analisa micro processos através de um método observacional e técnico dos dados, adequando o conhecimento sobre o objeto de estudo e investigando a fragilidade conceitual.

A pesquisa, quanto aos objetivos é do tipo exploratória. Trata-se de um ato de observação, registro, análise e correlação dos fatos ou fenômenos. Aprimora ideias ou a descoberta de intuições (Gil, 2002).

Esta pesquisa também é caracterizada como descritiva, segundo Vergara (2005, p. 47), “por apresentar características de determinada população ou determinado acontecimento”. A pesquisa descritiva não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação.

Gil (1991, p. 46) acrescenta que algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, pretendendo determinar a natureza dessa relação. Cita ainda a existência de pesquisas que, "embora definidas como descritivas a partir de seus objetivos, acabam servindo mais para proporcionar uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias". Ainda, segundo Acevedo e Nohara (2007, p. 46), “a pesquisa descritiva [...] não objetiva explicar o fenômeno investigado. Ela visa apenas, descrevê-lo”.

O ambiente da presente pesquisa descritiva é caracterizado pelas evidências extraídas da bibliografia de características e práticas consolidadas, emergentes e potenciais da Gestão de Custos, que serão classificadas, a partir de uma análise crítica, considerando a praticidade da proposta aos gestores de clínicas populares. Estas características da Gestão de Custos podem estar, por exemplo, associadas com impacto de longo ou de curto prazo envolvendo a decisão de custos, da reversibilidade ou irreversibilidade das decisões ou da abrangência ou nível hierárquico que estas decisões envolvendo a Gestão de Custos podem alcançar.

Os acontecimentos investigados nesse estudo estão relacionados com os elementos da Gestão de Custos identificados na pesquisa que se relacionam com os processos estratégicos da organização.

A pesquisa descritiva, deste modo, também permite descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre, sua natureza, características, relações e conexões com outros fenômenos (Barros & Lehfeld, 2000, p. 70). Ao se identificar o atributo de frequência aplicado a eventos da Gestão de Custos é possível esperar, por exemplo, que decisões estratégicas tendam a ocorrer com frequência menor que decisões operacionais. Assim, complementada pela consideração sobre a natureza das decisões tomadas no âmbito da gestão de custos (se estratégicas ou operacionais), as características descritas como impacto no curto prazo ou no longo prazo, reversibilidade das decisões, abrangência, nível organizacional, dentre outras bem como as relações, descrevendo assim a proposta deste trabalho que é identificar qual o melhor sistema de gestão de custos para clínica populares multiprofissionais.

Quanto a abordagem metodológica em relação ao problema, Martins e Theóphilo (2009) classificam os estudos em quantitativos ou qualitativos, o que dependerá da natureza da informação, dos dados e das evidências levantadas. Pesquisas quantitativas são aquelas em que os dados e as evidências coletadas podem ser quantificados e mensurados, nas qualitativas os dados e evidências obtidas não são passíveis de mensuração em números, pedindo descrições, compreensões, interpretações e análises de informações, fatos e ocorrências.

Este trabalho busca descrever os conceitos de gestão de custos e métodos de custeio, logo pretende-se utilizar a abordagem qualitativa, que para Neves (1996, p. 1) envolve “[...] um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Tendo por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social [...]”. Na pesquisa qualitativa não há preocupação em produzir dados numéricos manipuláveis em fórmulas matemáticas e destinados à construção de gráficos e tabelas que retratam de forma reducionista os achados da pesquisa.

A Gestão de Custos emerge como fenômeno contábil, econômico e organizacional, representado pela necessidade das organizações em gerenciar seus recursos, tangíveis e intangíveis, atuais ou potenciais. Este fenômeno pode ser caracterizado por um sistema de eventos, artefatos, decisões e informações que uma vez interconectados formam o conjunto de conhecimentos que constituem a base teórica da Gestão de Custos.

Este estudo foca interpretar o conjunto de conceitos da Gestão de Custos e sistemas de custo, de modo que o alinhamento conceitual possa ser entendido pela comunidade acadêmica e demais profissionais, sugerindo qual o melhor método para ser aplicado em uma clínica popular multiprofissional.

O uso de uma abordagem metodológica adequada transcreve as conclusões do pesquisador, justificando e explicando o caminho que tomou para que o trabalho seja considerado de qualidade.

No presente estudo, o método de abordagem determinado é a pesquisa-ação. Este método é uma das diferentes formas de investigação-ação, definida como uma tentativa continuada, sistemática e empiricamente fundamentada de aprimorar a prática.

É um termo genérico para qualquer processo que siga um ciclo que aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela. Planeja-se, implementa-se, descreve-se e avalia-se uma mudança para a melhora de sua prática, aprendendo mais, no correr do processo, tanto a respeito da prática quanto da própria investigação (Tripp, 2005, p. 445).

Observe o ciclo na figura abaixo:

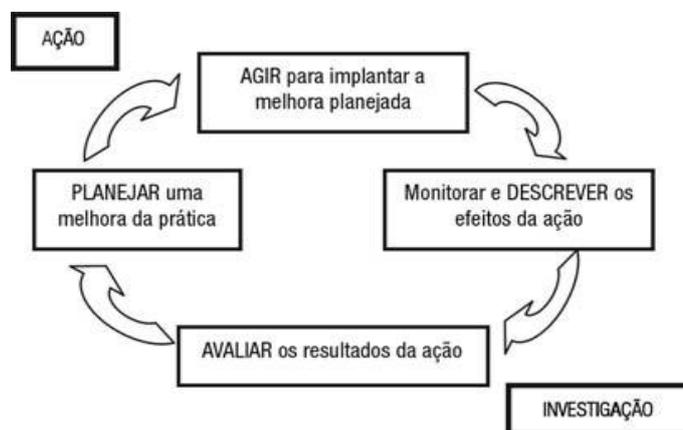


Figura 2 - Ciclo do método de pesquisa-ação.

Fonte: Tripp (2005, p. 446).

Pode-se considerar esse ciclo de melhora contínua na solução de problemas, visto que, identifica-se o problema, propõe-se uma solução e sua implementação. O monitoramento e a avaliação de sua eficácia também fazem parte desta proposta de gestão.

3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro à setembro de 2014 na clínica Dr. Família, após autorização do diretor executivo da organização. Trata-se de uma clínica popular de com atendimento de multiespecialidades e multiprofissional localizada na região da Vila Prudente (Zona Leste da cidade de São Paulo). Esta clínica foi inaugurada em janeiro de 2014 e vem em um processo crescente de expansão tendo em seu portfólio 17 especialidades médicas e 8 especialidades não médicas aptas ao atendimento dos clientes. Além disso, oferece serviços de análises clínicas, ultrassonografia, ecocardiografia, eletrocardiograma, teste ergométrico, espirometria, audiometria, colposcopia e fisioterapia. Realiza procedimentos de pequeno porte (ambulatorial) como biópsias, cauterizações e exérese de lesões.

O espaço físico contempla 6 salas de consultório, 1 sala de reabilitação, 1 sala de oftalmologia, 1 sala de exames radiológicos, 1 sala de coleta de exames laboratoriais e 1 sala para exames cardiológicos.

Atualmente a clínica apresenta sua linha de ação em programas de atenção à saúde e grupos de atendimento especializado: Programas de Atenção à Saúde: (da Mulher, do Homem, da Criança, do Idoso e Saúde Ocupacional); Grupos de atendimento especializado (de avaliação diagnóstica e tratamento de transtornos de aprendizagem, de cuidados do recém-nascido e do prematuro, de orientação ao exercício físico e nutrição saudável, de detecção precoce de doenças demenciais, de reabilitação cardiovascular, respiratória e motora, de diagnóstico precoce do câncer infantil e de ação em mutirão popular de saúde).

Na coleta de dados foram utilizados documentos primários. Marconi e Lakatos (1990, p. 24) destaca que documentos primários são dados históricos, bibliográficos, estatísticos, informações, pesquisa e material cartográfico, arquivos oficiais, particulares, documentação de pessoal, registros em geral, entre outros.

Os custos e despesas foram classificados para organizar os cálculos. Foi observado em detalhes todos os itens que compõe cada serviço prestado e planilhado todos os itens, classificando-os e respeitando as unidades de medida, a quantidade, os custos unitários e os custos totais de cada material/mão de obra empregada.

3.3 PROCEDIMENTOS E ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados deve ser representada pelo esforço de estabelecer as conexões,

mediações e contradições dos fatos que constituem a problemática pesquisada (Marconi & Lakatos, 1990).

O método para construção do custo foi por meio do custeio de absorção. Esse sistema de custeio é utilizado por instituições que não dispõem de qualquer método eficaz ou sistema básico contábil ou de controle de custos, pois estão impossibilitados de estabelecerem parâmetros precisos de definição dos seus preços finais (Cogan, 1998).

O custeio por absorção atende às exigências do Programa Nacional de Gestão de Custos – PNGC e é um método utilizado pelas Secretarias de Estado da Saúde (como São Paulo, Belo Horizonte e Santa Catarina) com o intuito de padronizar as informações de custos das unidades hospitalares e ambulatoriais administradas.

Os dados foram coletados através de documentos primários (tabelas em programa *Money* de controle financeiro da organização posteriormente transferido para planilha Excel estudada (com entradas e saídas - balanço financeiro), controle de compras de medicamentos, materiais, controle de estoque; notas fiscais de compra de equipamentos; folhas de pagamento de recursos humanos do segundo semestre; contas pagas como água, luz, telefone; sendo esses documentos analisados por meio de análise descritiva e documental.

A análise documental é uma notável técnica para abordar dados qualitativos e quantitativos. Busca a identificação das informações relevantes em documentos analisados com base nos itens de grande valor para a instituição. A análise descritiva se preocupa fundamentalmente em investigar o que é, em descobrir características de um fenômeno. Valem-se de técnicas estatísticas para analisar os dados de forma a dar suporte às inferências do pesquisador (Beuren & Colauto, 2003).

A primeira etapa na sistematização dos custos foi o reconhecimento dos aspectos relacionados a sistematização dos custos na organização objeto deste estudo, identificação dos centros de custos, principais gastos ocorridos e agrupamentos dos mesmos de acordo com cada centro de custo e critérios de rateio utilizados.

A subdivisão destes gastos foi realizada num agrupamento reconhecendo os gastos mais significativos. Os gastos foram divididos em quatro grupos que serão identificados pelas letras:

- “A” = grupo “A” foi representado pelos gastos com pessoal e engloba: salários; encargos sociais, que é apresentado mensalmente.

- “B” = é representado pelos serviços de terceiros. Estes correspondem a todos os gastos que a instituição possui com empresas terceirizadas para a realização de serviços que não são efetuados pelos próprios funcionários. São exemplos destes gastos: vigilância e segurança,

higienização e limpeza, laboratórios e outros serviços. A efetivação do serviço se dá por meio de contratos que ocorrem ou não mediante processo licitatório.

- “C” = contempla o material de consumo utilizado na manutenção das instalações e efetivação dos serviços (compra de equipamentos também serão contemplados neste item). Os medicamentos e materiais são provenientes de compras efetuadas.

- “D” = gastos gerais: contemplam gastos com: água, luz, telefone etc.

Identificação dos Centros de Custos

O agrupamento dos centros de custos foi feito por meio de afinidades entre os serviços. A apuração de custos ocorreu através dos seguintes centros de custos:

- Centros de custos administrativos (Administração e Recursos Humanos);
- Centros de custos de base (Condomínio, Almojarifado, Manutenção, Zeladoria, Lavanderia, Farmácia, Setor de Arquivo Médio e Estatística (SAME))
- Centros de custos auxiliares (radiologia, ultrassom, exames laboratoriais);
- Centros de custos finais-produtivos (ambulatório, consulta por especialidade).

Agrupamento de Gastos de Acordo com cada Centro de Custo

Com o reconhecimento dos gastos e a identificação da estrutura dos centros de custo descrita acima, ocorrerá a divisão desses gastos aos centros de custos. Alguns dos gastos serão apropriados diretamente aos centros de custos de origem. Porém, outros necessitam de um rateio.

Para o grupo “A” foi feita a alocação determinada em função do número de funcionários lotados em cada centro. Para tal identificação utilizou-se a agenda de trabalho dos profissionais da área da saúde (considerando também o fato de trabalharem em mais de um centro de custos) para verificar o tempo de trabalho dedicado a cada centro e, posteriormente, efetuou-se o rateio por meio de percentuais.

O grupo “B” refere-se aos contratos efetuados entre empresas terceirizadas. A remuneração de serviços pessoais (ou pró-labore) é uma particularidade que foi avaliada (exemplo: os salários dos médicos). O subgrupo “outros” representa contratos de menor porte que foram alocados para cada centro de custos de acordo com a utilização.

No grupo “C”, os gastos com materiais de consumo foram rateados com base em requisições solicitadas ao setor responsável pela guarda/solicitação de tais materiais.

O grupo de “gastos gerais”, representado pela letra “D”, foi composto pelos gastos com água, luz e telefone. O critério de rateio utilizado para a alocação dos gastos com água

foi baseado em “pontos de água”, ou seja, os pontos de saída de água (torneiras, bebedouros, vasos sanitários etc.). Por meio de um levantamento em toda a estrutura física determinamos o número de pontos de cada centro de custos. Para o processo de rateio da energia elétrica adotamos o mesmo princípio de proporcionalidade do rateio da água, através de um levantamento do número de tomadas, bocais de lâmpadas, saídas exclusivas entre outros.

Na alocação dos gastos com telefone se utilizou dois critérios. Os ramais que efetuam ligações diretas recebem fatura individual da operadora de telefonia, enquanto que os ramais que não efetuam ligações diretas solicitam as mesmas para a telefonista da instituição. Foi feito um relatório com o valor total das ligações efetuadas (solicitadas) pelo setor, com o auxílio de um software específico.

Critérios de Rateio Utilizados

Os critérios utilizados na distribuição dos gastos de cada centro foram baseados na identificação das unidades de medidas que cada centro possui.

Alguns centros de custos foram analisados isoladamente em função de particularidades.

O processo de alocação dos custos envolveu o método de custeio por absorção. Os centros de custos finais absorvem todos os custos dos demais centros de custos: administrativos, de base e auxiliares.

A identificação do valor total dos gastos foi preciso averiguar qual o critério de rateio utilizado para o centro de custo Administração, a fim de alocar seus custos aos demais centros. Essa informação foi obtida com o critério do número de funcionários lotados em cada centro de custos.

3.4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Estudo específico para uma clínica com características próprias. Existência de vasto material científico à respeito da gestão de custos para unidades hospitalares mas por outro lado há uma escassez de artigos relacionando esse tema em relação à gestão de clínicas populares dificultando a comparação do trabalho ora proposto.

Outra questão é o que modelo proposto deve ser utilizado para as informações geradas para apuração do Custo da não Qualidade.

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Este estudo teve por objetivo analisar o processo de gestão de custos por meio do método de custeio por absorção. É necessário seguir alguns passos para a apuração dos custos neste método. O primeiro passo é segregar os gastos em despesas e custos (diretos e indiretos).

Lembrando que Despesa é a utilização de bens ou serviços nos processos administrativos, de comercialização e de geração de receita, com o objetivo de manter a atividade da empresa como um todo e gerar receita. Em geral, podem ser administrativas, de vendas, marketing, financeiras e fiscais (longo prazo). Já custo refere-se ao momento em que os recursos estão sendo consumidos ou transformados (curto prazo).

Partiu-se inicialmente de um levantamento de dados na contabilidade e foi organizado um mapa de gastos de 9 meses, para posterior classificação quanto a natureza e variabilidade, considerando uma ampla base do seu comportamento, atendendo assim o princípio contábil de consistência (Martins, 1992, pp. 33-42).

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos gastos do objeto deste estudo separados por despesas e custos (diretos e indiretos).

Tabela 1 - Descrição de todos os gastos, segregados por despesas no período de janeiro a setembro de 2014, São Paulo, SP.

Despesas	jan/14	fev/14	mar/14	abr/14	mai/14	jun/14	jul/14	ago/14	set/14	TOTAL
Alimentação										
Açougue	0	0	121,78	0	0	0	0	0	0	121,78
Padaria	0	0	0	0	0	0	0	32,47	0	32,47
Mercado	0	0	875,62	585,53	0	0	0	0	0	1.461,15
Vale Alimentação	0	0	0	0	0	202,06	0	0	0	202,06
Total Alimentação	0	0	997,4	585,53	0	202,06	0	32,47	0	1817,46
Aluguel Imóvel										
Condomínio	0	0	0	0	0	0	0	0	105	105
Salas	1745,42	1.656,20	2.736,62	2.268,00	2.273,62	3.668,22	2.736,62	2.736,62	0	19.821,32
Total Aluguel	1745,42	1.656,20	2.736,62	2.268,00	2.273,62	3.668,22	2.736,62	2.736,62	105	19.926,32
Comissões Pagas										

Vendas	0	1.254,49	1.972,80	2.467,00	2.029,20	2.167,00	2.167,00	2.167,00	2.167,00	16.391,49
Total Comissões Pagas	0	1254,49	1.972,80	2.467,00	2.029,20	2.167,00	2.167,00	2.167,00	2.167,00	16.391,49
Consultoria										
Engenharia Civil	4.670	0	0	0	0	0	0	0	0	4.670,00
Projeto Arquitetônico	4.300	0	0	0	0	0	0	0	0	4.300,00
Webdesigner	1.000	0	0	1.846,00	0	0	0	0	0	2.846,00
Total Consultoria	9970	0,00	0,00	1.846,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11.816,00
Contas a Pagar										
Eletricidade	70,17	0	265,39	0	179,36	101,91	82,7	196,43	0	895,96
Telefone	49,54	166,53	492,34	0	764,05	0	368,23	699,38	0	2.540,07
Total Contas a Pagar	119,71	166,53	757,73	0	943,41	101,91	450,93	895,81	0	3436,03
Despesas Correntes										
Copa Cozinha	372,01	0	0	0	771	728,32	0	0	324,03	2.195,36
Higiene e Limpeza	0	857,43	950	104,67	802	630	540	777,18	734	5.395,28
Total Despesas Correntes	372,01	857,43	950	104,67	1573	1358,32	540	777,18	1058,03	7590,64
Despesas Correntes										
Boletos e Tributos	50	0	0	0	2.235,18	25,74	1.037,49	1.046,98	147,4	4542,79
Diversos	210	0	0	0	0	0	0	0	0	210
Cobertura Médica	0	0	96	0	0	0	0	0	0	96
Pedreiro	0	0	0	1.000,00	0	0	0	0	0	1000
Total Despesas Correntes	260	0	96	1000	2235,18	25,74	1037,49	1046,98	147,4	5848,79
Entidade de Classe										
Aluguel Evento	0	0	150	0	0	0	0	0	0	150
Total Entidade de Classe	0	0	150	0	0	0	0	0	0	150
Equip										
Mesa Portátil	0	0	0	0	159,97	261,76	70,67			492,4
Segurança	129,98	417,8	260,09	0	0	2666	3.447,00	1801	155	8876,87
Total Equip	129,98	417,8	260,09	0	159,97	2927,76	3517,67	1801	155	9369,27

Equip de Informática										
Aluguel Maquina Cartão	0	0	0	0	0	0	0	39,9	0	39,9
Computador	0	0	0	0	930	1.256,00	628	628	150	3592
Impressora	0	0	179,9	0	0	0	0	0	0	179,9
Software	0	1.000,00	0	0	0	0	0	0	0	1000
Total Equip Informática	0	1000	179,9	0	930	1256	628	667,9	150	4811,8
Equip Infra Estrutura										
Ar Condicionado	733,01	733,01	733,01	733,01	1.204,61	1.204,61	1.204,61	1.204,61	1.204,61	8955,09
Filtro	61,2	61,2	61,2	61,2	0	0	0	0	0	244,8
Geladeira	261,76	590,04	321,5	381,56	70,67	0	0	70,67	70,67	1766,87
Marcenaria	0	1.120,00	0	0	1.900,00	0	0	0	0	3020
Mobiliário	945,77	0	70,67	0	0	0	0	0	0	1016,44
Móveis	3.824,20	3.824,20	258,32	256,33	810,2	0	810	0	0	9783,25
Persianas	0	1.823,00	1.823,00	0	0	0	2.688,00	865	0	7199
Porta de Vidro	353,33	353,33	353,33	0	0	0	0	0	0	1059,99
Televisão	928,94	520,09	191,09	124,5	253,34	62,25	191,09	191,09	0	2462,39
Total Equip Infra Estrutura	7108,21	9024,87	3812,12	1556,6	4238,82	1266,86	4893,7	2331,37	1275,28	35507,83
Equip Médicos										
Aparelho de Glicemia	0	0	0	0	0	185,48	0	76,99	0	262,47
Clínica Médica	3.500,00	0	354,24	0	0	0	0	0	0	3854,24
Fisioterapia	256,5	242,69	0	299,23	81,48	299,22	299,22	299,22	299,22	2076,78
Oftalmologia	2860,00	2.860,00	2860	2860	2860	2860	2860	2860	2860	25740
Total Equip Médicos	6616,5	3102,69	3214,24	3159,23	2941,48	3344,7	3159,22	3236,21	3159,22	31933,49
Estorno de Credito										
Devolução de Cheque	0	0	0	0	0	80	0	316,67	0	396,67
Total de Estorno de Credito	0	0	0	0	0	80	0	316,67	0	396,67
Fatura de Serviços										
Ar Condicionado	0	0	0	2.100,00	2.100,00	0	0	0	0	4200
Total Fatura de Serviços	0	0	0	2100	2100	0	0	0	0	4200

IMPOSTOS										
Federal (DARF's)	0	0	0	0	0	0	158,78	158,78	158,95	476,51
Previdência Social	0	0	0	0	0	0	1.737,59	1.090,27	1.090,27	3918,13
Municipais	0	0	0	0	0	17,16	29,7	18,8	19,48	85,14
Total Impostos	0	0	0	0	0	17,16	1926,07	1267,85	1268,7	4479,78
Manutenção do Imóvel										
Estrutura Física	120	0	0	0	0	300	0	0	0	420
Lavagem de Vidros	530	0	0	0	0	0	0	0	0	530
Total Manutenção Imóvel	650	0	0	0	0	300	0	0	0	950
Marketing										
Assessoria de Imprensa	0	0	0	0	0	700	0	500	1.000,00	2200
Total Marketing	0	0	0	0	0	700	0	500	1000	2200
Material Construção										
Bricolagem	1617,97	988,22	988,22	1.434,38	1.516,75	1.037,85	1.147,75	644,13	407,77	9783,04
Divisórias	2317,07	0	0	3.448,00	3.448,15	1.724,00	0	0	0	10.937,22
Total Material Construção	3935,04	988,22	988,22	4882,38	4964,9	2761,85	1147,75	644,13	407,77	20720,26
Mobiliário										
Roupeiro	0	0	533	0	0	0	0	0	0	533
Total Mobiliário	0	0	533	0	0	0	0	0	0	533
Publicidade										
Anúncios	300	0	598	1.267,37	1.380,97	2.562,49	836,74	1.300,00	2.466,22	10711,79
Clipping										
Entrevistas	0	0	0	0	0	0	120	610	280	1010
Comunicação Visual	0	0	0	0	0	0	0	246	467	713
Imãs	0	0	0	0	0	0	0	0	250	250
Placas e Faixas	0	0	0	290	0	0	0	0	0	290
Programa Radio	0	0	0	0	200	200	400	0	200	1000
Total Publicidade	300	0	598	1557,37	1580,97	2762,49	1356,74	2156	3663,22	13974,79
Registro										

Marcas e Patentes	500	500	500	0	0	0	0	0	0	1500
Total Registro	500	500	500	0	0	0	0	0	0	1500
Segurança Pessoal										
Vigia	0	0	0	80	400	320	320	400	340	1860
Total Segurança Pessoal	0	0	0	80	400	320	320	400	340	1860
Serviços Contábeis										
Contabilidade	0	0	0	0	1.350,00	0	1.350,00	1.350,00	1.350,00	5400
Total Serviços Contábeis	0	0	0	0	1350	0	1350	1350	1350	5400
Taxas Adm.										
CREMESP	662	0	0	0	0	0	0	0	0	662
Total Taxas Adm.	662	0	662							
Taxas Bancárias										
DOC	0	0	0	0	0	19,67	5,17	0	0	24,84
Extrato	0	0	0	0	0	0	0	5,17	5,17	10,34
Tx de Serviço	0	0	0	48,6	50,57	47	47	89,5	90,5	373,17
TED	0	0	0	0	0		0	0	8,5	8,5
Total de Tx Bancárias	0	0	0	48,6	50,57	66,67	52,17	94,67	104,17	416,85
Tecnologia Informação										
Mensalidade Workclin	0	0	0,00	260,00	0,00	0	0	0	0	260
Software	0	0	1.000,00	1.000,00	1.260,00	260	260	260	520	4560
Webdesign	0	0	0	0	300	0	0	300	0	600
Webdesign	0	0	0	0	0	300	0	0	0	300
Total Tecnologia Informação	0	0	1000	1260	1560	560	260	560	520	5720
Vestuário										
Uniformes Profissionais	482,4	0	693,9	0	0	0	500	0	0	1676,3
Total Vestuário	482,4	0	693,9	0	0	0	500	0	0	1676,3
Total	3285,27	18968,23	19440,02	22915,38	29331,12	23186,74	26043,36	22481,86	15870,79	211.088,77

Custo	jan/14	fev/14	mar/14	abr/14	mai/14	jun/14	jul/14	ago/14	set/14	TOTAL
Honorários Médicos										
Alergologia	0	0	0	0	280,11	237,45	0	238,99	476,38	1232,93
Cardiologia	0	0	0	0	0	0	332,3	332,45	285,46	950,21
Clinica Medica	0	0	0	0	0	538,74	48	390,91	395	1372,65
Dermato	0	48	192	288	526,8	663,89	140,45	717,98	333,46	2910,58
Ginecologia Obstetrícia	0	0	0	0	0	0	0	0	797,46	797,46
Hemato	0	0	0	0	0	228	171,82	48	201,1	648,92
Mastologia	0	228	0	0	0	0	0	0	0	228
Oftalmo	0	0	250	0	242	0	122,25	0	730,54	1344,79
Ortopedia	0	0	0	0	0	0	0	0	95	95
Otorrino	0	0	0	0	0	0	0	46,99	0	46,99
Pediatria	0	0	0	0	48	0	0	46,99	94,66	189,65
Urologia	0	0	0	96	382	144	0	0	0	622
Radiologia	0	185,5	742	0	0	165	360,5	224	0	1677
Total Honorários Médicos	0	461,5	1184	384	1478,91	1977,08	1175,32	2046,31	3409,06	12116,18
Honorários Equipe Multiprof										
Assistente Social	0	0	0	0	78,22	0	0	0	0	78,22
Fono	0	0	120	120	344,22	168	357	168	48	1325,22
Neuropsico	0	0	0	0	0	0	0	0	180	180
Nutricionista	0	0	48	48	96	144	232,85	0	60	628,85
Psicóloga	0	0	0	10	176,22	153,98	232,32	280,87	192	1045,39
Psicopedago.	0	0	0	0	176,22	0	0	0	0	176,22
Técnico Enfermagem	0	0	0	0	0	100	0	150	225	475
Total Honorários Equipe Multiprof.	0	0	168	178	870,88	565,98	822,17	598,87	705	3908,9
Material de Consumo										
Alimentos	0	0	0	0	0	48,77	0	0	0	48,77
Copa e Cozinha	0	0	0	0	121,79	0	0	0	0	121,79
Limpeza	0	34,58	0	0	0	0	0	0	0	34,58
Total Material Consumo	0	34,58	0	0	121,79	48,77	0	0	0	205,14
Material Escritório										
Agua	200									200
Escritório	513,99	513,99	334,09	1.654,52	379,9	302,68	245,9	7.232,30	1.597,30	12774,67

Grafica Rápida	0	0	0	0	0	0	767,85	284,5	323,56	1375,91
Total Material Escritório	713,99	513,99	334,09	1654,52	379,9	302,68	1013,75	7516,8	1920,86	14350,58
Material Limpeza										
Higienização	1017	0	0	0	0	0	0	0	0	1017
Lixeira	48,5	0	0	0	224,65	0	0	0	0	273,15
Total Material Limpeza	1065,5	0	0	0	224,65	0	0	0	0	1290,15
Material e Insumos										
Insumos Hospitalares	1871,4	156,79	156,79	0	678,98	950,4	863,2	0	360	5037,63
Rouparia	84,2	0	0	0	0	0	0	0	0	84,2
Total Material e Insumos	1955,6	156,79	156,79	0	678,98	950,4	863,2	0	360	5121,83
Material										
Descartáveis	0	0	0	0	0	0	0	0	679	679
Exames	4156,2	0	0	0	0	0	0	0	0	4156,28
Total Material Gráfico	4156,28	0	0	0	0	0	0	0	679	4835,28
Material Mutirão										
Aparelho Glicemia	0	0	0	0	0	0	0	0	49,9	49,9
Camisas	0	0	0	0	569,05	0	525,05	0	0	1094,1
Mesas	0	0	0	0	0	0	0	0	300	300
Total Material Mutirão	0	0	0	0	569,05	0	525,05	0	349,9	1444
Salários Profissionais										
Assistente Adm.	1.739,3	1.420,20	1.362,90	1.330,00	1.342,10	1.157,98	1.458,60	452,5	1.122,70	11386,28
Faxineira	0	544	904	864	1.054,00	884	1.146,34	1.146,34	1.206,34	7749,02
Total Salários de Profissionais	1739,3	1964,2	2266,9	2194	2396,1	2041,98	2604,94	1598,84	2329,04	19135,3
Serviços Terceirizados										
Análises Clínicas	0	48,3	0	0	0		717,5	0	2.660	3425,8
Eletrocardio	0	0	0	0	0	60	52,5	22,5	0	135
Motoboy	0	0	0	0	0	0	42	60,5	0	102,5

Suporte Informática	1.356,00	600	960	0	300	0	0	600	0	3816
Total Serviços Terceirizados	1356	648,3	960	0	300	60	812	683	2660	7479,3
Total Custos	10986	3827,66	5069,78	4410,52	7020,26	5946,89	8533,93	12443,82	15072,86	73312,46

Fonte: Dados da Pesquisa (2014).

O total de custos e despesas no período de janeiro a setembro de 2014, foi de R\$ 284.401,23 e o total de rendimentos está descrito a seguir.

Tabela 2 – Distribuição dos rendimentos, no período de janeiro a setembro de 2014, São Paulo, SP.

Rendimento	jan/14	fev/14	mar/14	abr/14	mai/14	jun/14	jul/14	ago/14	set/14	Total
Consultas e Procedim.	1.664,00	4.126,00	9.242,00	10.226,01	7.962,94	7.330,23	10.366	14056,12	18.850,95	83824,85
Exames Laboratoriais	39	0	0	0	0	0	0	0	0	39
Exames Radiológicos	265	0	0	0	0	0	0	0	0	265
Total Rendimento	1968,00	4126,00	9242,00	10.226,01	7962,94	7330,23	10366	14056,12	18.850,95	84128,85

Fonte: Dados da Pesquisa (2014).

Observa-se que balanço financeiro no período estudado está negativo no valor de R\$ 200.272,38. Entende-se que qualquer negócio nos primeiros 5 anos tem um investimento e muitas vezes o retorno não é imediato, justificando assim esse valor, visto que o negócio é novo e estava em atividade apenas 9 meses (Falk, 2001).

O total dos custos para a atividade-fim (atendimento ao paciente) de janeiro à setembro de 2014 foi de R\$ 73.312,46. Para se gerenciar o custo unitário do centro de custo final, que no caso do objeto deste estudo é o Ambulatório é necessário iniciar o processo de custo por absorção pela sistematização dos custos. Esta é a fase da segregação dos principais gastos da clínica.

Os custos diretos foram alocados diretamente no centro de custo produtivo (Ambulatório) e os custos indiretos foram alocados por método de rateio entre os centros de custo.

O método de rateio foi realizado por centro de custo, como a alocação direta, onde todos os gastos de cada centro auxiliar foram rateados diretamente no centro de custo produtivo.

Cabe ressaltar que os custos de centros de apoio não precisam ser distribuídos para os centros produtivos que não usufruem destes serviços, o mesmo serve quanto ao rateio de centros auxiliares, nunca se rateia custo de centro auxiliar para centro auxiliar (Falk, 2001).

Pensando nesses conceitos, a primeira etapa do trabalho foi organizar a subdivisão destes gastos de acordo com o agrupamento descrito no item procedimentos de coleta de dados na metodologia (grupos A, B, C, D). O período de coleta de dados foi de janeiro à setembro de 2014, a tabela 3 apresenta a distribuição da subdivisão dos gastos.

Tabela 3 - Distribuição dos grupos de gastos no período de janeiro a setembro de 2014, São Paulo,SP.

GRUPOS DE GASTOS	TOTAL GASTOS DO PERÍODO ESTUDADO
A- PESSOAL	Reais (R\$)
Pessoal e encargos (administrativo, faxineira)	19.135,03
Técnico Enfermagem	16.391,49
Honorários Médicos	12.116,18
Honorários Multiprofissional	3.908,09
Subtotal – A	51.550,79
B - SERVIÇOS DE TERCEIROS	
Consultoria (Engenharia Civil, Projeto Arquitetônico, Webdesigner)	11.816,00
Marketing, assessoria de imprensa	2.200,00
Publicidade (anúncios, clipping entrevistas, comunicação visual, imãs, placas, programa de rádio)	13.974,79
Registro de Marcas e Patentes	1.500,00
Segurança Pessoa (vigia)	1.860,00
Serviços contábeis (contabilidade)	9.979,78
Análises Clínicas	3.425,80

Eletrocardiograma	135,00
Motoboy	102,50
Suporte Informática	9.536,00
Subtotal – B	54.529,87
C - MATERIAIS DE CONSUMO	
Gêneros alimentícios	1.817,46
Copa e Cozinha	2.195,36
Equipamentos de Informática	4.811,08
Material de limpeza (higienização, lixeira)	5.395,28
Insumos hospitalares	5.121,83
Material escritório	14.350,58
Boletos e Tributos	4.542,79
Diversos	37.453,87
Material Gráfico (<i>flyers</i> , impressos)	4.835,28
Material Mutirão (fitas para dextro, rouparia)	1.444,00
Subtotal – C	81.967,53
D – GERAIS	
Água	200,00
Energia elétrica	895,96
Telefone	2.540,07
Condomínio + Aluguel imóvel	19.926,32
Subtotal – D	23.562,35
Total Geral (A+B+C+D)	211.610,54

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

A segunda etapa foi identificar os Centros de Custo, para isso organizou-se de acordo com a afinidade das atividades desenvolvidas por cada setor.

A apuração dos custos da Clínica Dr. Família ocorreu de acordo com os seguintes centros de custo: centros de custos administrativos (Administração e Recursos Humanos); centros de custo de base (Condomínio, Nutrição e Dietética, Manutenção, Zeladoria, Farmácia); centros de custo auxiliares (Diagnóstico e Terapia, Marketing) e centros de custos finais-produtivos (ambulatório).

A próxima fase consistiu no agrupamento dos gastos conforme cada Centro de Custo, reconhecendo os gastos e a identificação da estrutura dos centros de custos, respeitando a distribuição entre os gastos de origem e outros que necessitaram de rateio.

Iniciando pelo grupo A, avaliamos a agenda de trabalho de cada colaborador para a alocação dos mesmos em cada centro de custo, analisando a jornada semanal de trabalho dedicada a cada centro e posteriormente efetuamos o rateio por meio de percentuais.

O grupo B refere-se aos serviços terceirizados sendo alocados os gastos para os centros de origem e quando necessário feito rateio também.

O grupo C foram rateados com base em requisições solicitadas pelas unidades ao setor responsável pelas compras da clínica.

O grupo D foi utilizado rateio. Para alocação dos gastos com água foi feito um levantamento da estrutura física para identificar a quantidade pontos de água (torneiras, bebedouros, vasos sanitários) a estrutura dispõe. Posteriormente, foi alocado por centro de custo o número de pontos disponíveis. Para a energia elétrica adotou-se o mesmo processo de rateio por meio do número de tomadas, lâmpadas, saídas exclusivas de energia.

Para o telefone considerou-se planilha de controle da assistente administrativo, pois ela que faz as ligações e transfere, facilitando assim a análise do relatório mensal por centro de custo.

Os critérios de rateios utilizados na distribuição dos gastos de cada centro foi baseado na identificação das unidades de medidas de acordo com a tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição das unidades de medidas dos centros de custos. São Paulo, 2014.

TIPO	CENTRO DE CUSTOS	CRITÉRIO DE RATEIO
Centro de Custos (CC)		
Administrativos	Administrativo/ Recursos Humanos	Colaborador alocado/centro Colaborador alocado/centro
CC de Base	Condomínio Nutrição e Dietética Zeladoria	Metro quadrado de área útil Refeição por funcionário Metro quadrado de área limpa
CC auxiliares	Diagnóstico e Terapia Marketing	Exames realizados Pacote ponderado
CC finais-produtivos	Ambulatório	Atendimento realizado

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

O processo de alocação dos custos envolve o método de custeio por absorção. Sempre os custos finais absorvem todos os custos dos demais centros. Pode-se citar como exemplo os custos da Administração aos demais centros da organização. Realizado o levantamento dos custos deste centro (Tabela 5):

Tabela 5 - Distribuição dos custos do Centro de Custos da Administração. São Paulo, 2014

Gastos	Valor em reais (R\$)
Pessoal e Encargos	11.386,28
Serviços de Terceiros	6.000,00
Material de Consumo	379,90
Gerais	1.313,22
Total Geral (\$)	19.079,40

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

Com a identificação do valor total dos gastos do Centro de Custos da Administração, alocamos seus custos aos demais centros de acordo com o rateio proposto na distribuição da Unidade de Medida de cada centro de custos (Tabela 6).

No período estudado a organização era composta 41 colaboradores: 2 administrativos e 1 Recursos Humanos (RH), 1 para centro Condomínio (controle de finanças), 1 copeira, 2 seguranças, 4 para centro de diagnóstico e terapia, 1 marketing e 29 no setor de ambulatório sendo 1 técnico de enfermagem e 28 profissionais de saúde (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, assistente social, neuropsicóloga, nutricionista, psicóloga, psicopedagoga, terapeuta ocupacional). Para fins de rateio do Centro de Custo da Administração subtraído 2 profissionais deste setor do quadro de funcionários que rateiam os custos, portanto, para este rateio teremos 39 profissionais, visto que os custos não retornam à *Administração*.

Para o rateio deste CC basta dividir os custos totais (R\$ 19.079,40) pelo número de funcionários para o rateio (39), logo, o valor unitário é de R\$ 489,21. Este valor é o valor da parcela de custos a ser absorvida pelos diferentes centros de custo. A tabela 6 apresenta a alocação dos custos da *Administração* para os demais CC.

Tabela 6 - Distribuição dos custos da *Administração* na Clínica Dr. Família. São Paulo, 2014.

Centro de Custos (CC)	Custos Totais do CC	Crítérios de rateio (Nº Colaboradores)	Índice para rateio (R\$)	Valor para alocar ao centro (R\$)	Saldo em reais (R\$)
Administração	19.079,40	2	489,21	-	19.079,40
Recursos Humanos		1	489,21	489,21	18.589,98
Condomínio		1	489,21	489,21	18.100,77
Nutrição e Dietética		1	489,21	489,21	17.611,56
Zeladoria		2	489,21	978,51	16.633,14
Diagnóstico e Terapia		4	489,21	1.956,95	1.4676,3
Marketing		1	489,21	489,21	14.187,09
Ambulatório		29	489,21	14.187,10	0
TOTAL		41	-	19.079,40	

Fonte: Dados da pesquisa (2010).

Observe que o saldo do centro de custos representa a quantidade de custos que o centro ainda possui a medida que os demais centros o absorvem. O processo de alocação deve ser repetido para cada um dos centros de custos existentes. Ao final deste processo, tem-se os custos do centro produtivo, neste estudo é o Ambulatório. Com as informações do rateio de cada item que deve ser rateado é possível determinar o custo unitário dos serviços prestados pela Clínica Popular Dr. Família no período estudado.

A última etapa é descrever o saldo do centro de custos após a absorção dos custos pelos demais centros. Neste estudo, temos apenas um centro de custo produtivo, no caso do Ambulatório sua unidade de medida é representada pelo número de atendimentos efetuados.

O cálculo para os custos é obtido pela divisão dos custos totais obtidos na tabela 1 para o centro produtivo pelo número de unidades de mensuração do serviço prestado pelo centro.

O custo total do ambulatório no período estudado foi de R\$ 73.312,46 mais R\$ 489,21 do rateio da administração em um total de 1051 atendimentos realizados no período (unidade de medida escolhida no critério de rateio do centro de custo – tabela 4). A obtenção do custo unitário se dá a partir da divisão do custo total pela quantidade de atendimentos realizadas no período. Com isso temos o custo unitário no valor de R\$ 70,22 por atendimento.

5 CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA

O estudo propôs apresentar um modelo de gestão de custo pelo método de absorção, facilitando aos gestores de clínicas de pequeno porte a melhor alocar seus custos garantindo assim a liquidez do negócio, competitividade e análise do desempenho em relação aos gastos.

Ainda carecemos de uma maior disseminação de métodos adequados para a mensuração de custos, como importante ferramenta para o gerenciamento, controle, tomada de decisão, análise e escolha de programas. Este trabalho vem mostrar a importância da aplicação de um sistema de custeio, para identificar os principais custos, e quais podem ser minimizados visando melhorar e auxiliar a tomar decisões de preço do produto.

Outra utilidade do modelo proposto é que permite fazer simulações em planilha de cálculo, para determinar condições operacionais e de custo, compatíveis com dado nível de custos por unidade de trabalho adequadas à estratégia concorrencial da empresa. Mostra-se também, a utilização das informações geradas para apuração do Custo da não Qualidade.

Este estudo forneceu subsídios para as fases de projeto e construção de gestão de custos, propondo um sistema contábil de controle e gerenciamento da informação dos gastos, permitindo uma reflexão de ações voltadas à melhoria da gestão dos gastos de uma clínica popular multiprofissional de serviços de saúde.

6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O objetivo deste trabalho foi descrever o método de custeio por absorção para uma clínica popular multiprofissional de serviços de saúde. As bases que fundaram a escolha do sistema de custeio por absorção consistem porque pode-se utilizar os custos indiretos de uma empresa com atividades específicas por setor na forma de uma matriz do tipo insumo-produto na qual as colunas representam os centros de custos e as linhas os insumos indiretos.

Com o sistema de informação proposto neste estudo o processo contábil de registro de informações fica claro e objetivo, facilitando na identificação dos custos indiretos e em que nível são gerados em cada centro de custo.

Como também é identificado para cada centro de custo direto a unidade de trabalho mais representativa (pois os centros são divididos em administrativos, base, auxiliares, produtivos), facilitou a alocação das despesas e custos para de cada centro de custo.

O método proposto é uma interessante ferramenta gerencial, possibilita apurar e controlar o volume de gastos da atividade empresarial por setores, com a finalidade de executá-la dentro de padrões econômicos viáveis para o funcionamento da operação lucrativa da empresa; propicia a análise da produtividade, conduzindo a ações para melhorias de processos, visando sempre a otimização da produção; obter as informações básicas para a determinação do custo esperado de dado pedido cotado por um cliente, auxiliando nas negociações; subsidia a decisão de fixação do preço de venda dos produtos da empresa informando os custos estimados; avaliar e controlar as margens de contribuição e de lucro obtidas ao nível dos diversos produtos em função da política de preços e da estrutura de custos.

Essa proposta permite à empresa recuperar o total de custos previstos, caso opere a quantidade prevista de unidades de trabalho por centro de custos dentro do nível previsto de custos indiretos, independentemente da composição dos serviços prestados.

A utilização de planilhas de cálculo possibilita executar simulações de forma a encontrar uma dada situação de custos e de atividade operacional que resulta em custos por unidade de trabalho que devem ser alinhados com a estratégia competitiva da empresa.

Quanto às limitações, infelizmente esse modelo gera informações de custo necessárias à apuração dos custos não qualidade, outra questão é que o sistema proposto não deve ser visto como unidirecional, cabe uma avaliação do gestor quanto as observações das características e particularidades de cada critério de rateio adotado.

Trata-se de um modelo que pretende retratar o comportamento dos custos da empresa

em dada situação.

Cabe ressaltar quanto à aparente complexidade do sistema, e sua adequação a estrutura administrativa de uma pequena empresa. Quando as operações são complexas e claramente setorizadas, o risco de erros na determinação de custos é maior por isso requer mais atenção.

Como sugestão de pesquisas futuras vale a pena comparar o custeio por absorção e o custeio pelo método da Curva ABC, tentando compreender qual é o melhor método para a pequena empresa.

REFERÊNCIAS

Acevedo, C.R; Nohara, J.J. (2007). *Monografia no curso de Administração: Guia completo de conteúdo e forma*. São Paulo: Atlas, p.46.

Barros, A.J.S. e Lehfeld, N.A.S. (2000). *Fundamentos de Metodologia: Um Guia para a Iniciação Científica*. 2 Ed. São Paulo: Makron Books, p.70.

Beuren, I.M. e Colauto, R.D. (2003). *Coleta, Análise e interpretação dos dados*. In.:Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: Teoria e prática. 3. ed. São Paulo: Atlas.

Brasil (2006). *Ministério da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos*. Manual Técnico de Custos – Conceito e Metodologia. Brasília, DF

Bittencourt, O. N. da S. (1999). *O emprego do método de custeio baseado em atividades – Activity-Based Costing (ABC) – como instrumento de apoio à decisão na área hospitalar*. Dissertação de Mestrado pelo PPGA/UFRGS. Porto Alegre

Bittencourt, O.N. da S e Kliemann Neto, F.J. (2001). *Gestão hospitalar pelo método ABC – um estudo exploratório*. In: CHING, Hong Yuh. *Manual de Custos de Instituições de Saúde: sistemas tradicionais de custos e sistema de custeio baseado em atividades (ABC)*. São Paulo: Atlas

Borinelli, M.L. (2006). *Estrutura conceitual básica da controladoria: sistematização à luz da teoria e da práxis*. Programa de Pós-Graduação em Controladoria e Contabilidade. Tese (Doutorado). USP.

Bornia, A. C. (2001). *Análise Gerencial de Custos*. São Paulo: Artmed Editora

Briggs, A.H. e Gray, A.M. 1999. *Handling uncertainty in economic evaluations of healthcare interventions*. Br. Med J 319:635-38.

Brownlee, R. (1996). *Financial management*. In: Sibbald, W.J. e Massaro, T. A . *The business of critical care*. New York: Futura Publishing Company, p. 277 – 293.

Botelho, E. M. (2006). *Custeio Baseado Em Atividades – ABC: Uma Aplicação em Uma Organização Hospitalar Universitária*. USP. Programa de Pós-Graduação em Administração. SP

Castro, J.D. 2000. *A utilização do sistema de custeio por absorção para avaliar custos da atenção básica de saúde: reformulações e aprimoramentos metodológicos*. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas.

Castro, P.S. .2011. *Aferição de custos em unidades básicas de saúde; revisão integrativa da literatura*. Dissertação Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Costa, J.S.D. 2002. *Análise de custos ambulatoriais em saúde: um estudo de base populacional no sul do Brasil*. Tese de Doutorado pela UFRGS. Porto Alegre.

Cogan, S. (1998) *Modelos de ABC/ABM*. Rio de Janeiro: Qualitymark

Drucker, P.F. 2003. *Prática da administração*. São Paulo: Thomson Learning.

Drummond, M.F. e Jefferson, T.O. (1996). *Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ*. Br. Med. J. 313:275-83.

Falk, J. A. (2001). *Gestão de Custos para Hospitais: conceitos, metodologias, e aplicações*. São Paulo: Atlas

Fernandes, L. O. (1993). *Custo Hospitalar – Técnicas, Problemas e Soluções*. São Paulo: Ed. LN.

Florentino, A. M. (1993). *Custos: princípios, cálculo e contabilização*. 13^a. Ed., Rio de Janeiro: Gryphus.

Gil, A.C. (1991). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas. p.46.

Gil, A.C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas.

Iudícibus, S. (2005). *Teoria da Contabilidade*. São Paulo: Atlas.

Jabareen, Y.(2009). *Building a conceptual framework: philosophy, definitions, and procedure*. *International Journal of Qualitative Methods*, v.8, n.4, p.49-62.

Jerico, M.D.C. 2008. *Aplicação do custeio baseado em atividades e centro de material esterilizado*. Tese de Doutorado em enfermagem. Escola de Enfermagem , Universidade de São Paulo, São Paulo.

Johannesson, M. e Le Lorier, J. 1996. *How to assess the economics of hypertension control programmes*. *J. Huim Hypertens* 10 (Suppl1):S93-94

Kaplan, R.S. e Cooper, R. (1998). *Custo e Desempenho: administre seus custos para ser mais competitivo*. 2°. ed. São Paulo: Futura.

Marconi, M.A. e Lakatos, E.M. (1990). *Técnicas de pesquisa*. 2.ed. São Paulo:Atlas.p.24.

Martins, E. (1992). *Contabilidade de custos*. São Paulo, Atlas.p.33-42.

Martins, D. (2000). *Custos e Orçamentos Hospitalares*. São Paulo: Atlas

Martins, E. e Rocha, W. (2010). *Métodos de custeio comparados: custos e margens analisados sob diferentes perspectivas*. São Paulo: Atlas

Martins, E. (2010). *Contabilidade de Custos*. 10ª. Ed., São Paulo: Atlas

Martins, G.A., & Theóphilo, C. R. (2009). *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*. Atlas.

Megliorini, E. 2007. *Custos: análise e gestão*. São Paulo: Pearson Prentice Hall.

Miller, R. (1981). *Microeconomia: teoria, questões e aplicações*. São Paulo: McGraw-Hill

Nakagawa, M. (1995). *ABC – Custeio Baseado em Atividades*. São Paulo: Atlas

Nakagawa, M. (2001). *ABC - Custeio Baseado em Atividades*. 2. ed. São Paulo: Atlas

Neves, J.L. (1996). *Pesquisa Qualitativa, características, usos e possibilidades*. FEA-USP.

Nunes, P.(2006). *Conceito de gestão e gestor*. Disponível no site: http://www.notapositiva.com/trab_professores/textos_apoio/gestao/01conc_gestao.htm. Acesso em 23 ago 2014.

Paim, Chennyfer, et al (2011) *Gestão de Custos em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público no município de São Paulo*. Instituto de Infectologia Emílio Ribas, São Paulo.

Player, S.; Keys, D e Lacerda, R.A.. (1997). *ABM: lições do campo de batalha*. São Paulo: Makron Books

Piola, S.F. e Vianna, S.M. (2009). *Saúde no Brasil: Algumas questões sobre o Sistema único de Saúde (SUS)*. Comissão Econômica para América Latina e Caribe: escritório no Brasil. Documento CEPAL/IPEA.

Reis, W.F. (2006). *Análise do modelo de gestão de resíduos sólidos do município de Formosa – GO e a atuação dos atores envolvidos*. Dissertação para Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Gestão Ambiental da Universidade Católica de Brasília. Brasília, DF.

Rocha Filho, F.D.S. e Silva, m.G.C. (2009). *Análise de custos com pessoal e produtividade de equipes do programa de saúde da família em Fortaleza, Ceará*. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p.919-928.

Robinson, R. (1993) *What does it mean?* Br. Med. J. 307:670-73.

Santana, E.D.M.et al. (2003). *Avaliação econômica do Programa de Saúde da Família (PSF) em municípios do Estado da Bahia: um estudo de custos*. Relatório de Pesquisa. Salvador: UFBA/ISC. Acordo de Cooperação Técnica Brasil-Reino Unido, MS/IPEA/DFID.

Tripp, David. (2005). *Pesquisa-ação: uma introdução metodológica* . *Educação e Pesquisa* . São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez.

Vergara, S. C. (2005). *Métodos de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas.p. 47