

Estudo Sobre Métodos de Custeio Em Instituições Hospitalares

Umbelina Cravo Teixeira Lagioia

Flávia Felix da Silva

Valéria Maria Ribeiro de Sá

Luiz Carlos Miranda

James Anthony Falk

Resumo:

Este artigo tem por objetivo apresentar os principais sistemas de custeio e sua relação com as instituições hospitalares apontando os seus pontos fortes e fracos. Inicialmente aborda-se a problemática que permeia esse ambiente devido à carência de um sistema que supra as necessidades existentes. Após a introdução do tema foi feito um levantamento sobre os sistemas pesquisados: absorção, variável e por atividades, demonstrando-se os aspectos relevantes e metodologias de cada um. No sistema de custeio por absorção os custos totais são divididos em diretos e indiretos e estes últimos rateados de acordo com critérios específicos, fazendo com ele seja o mais simples de todos os apresentados. Sua metodologia é de fácil aplicação, porém seus resultados são limitados ao atendimento da legislação societária. No sistema de custeio direto, apenas os custos variáveis são apropriados à produção do período, os custos fixos são levados diretamente para o resultado. O Custeio Variável não é aceito pela Auditoria Externa e pela legislação do Imposto de Renda, mas é o mais indicado para fins decisórios. O sistema de custeio baseado em atividades (ABC) aplaca as distorções pela forma como trata os custos fixos e também se propõe ao gerenciamento de custos para tomada de decisões, uma vez que disponibiliza informações mais seguras a respeito dos custos das atividades, tornando-se desta forma o mais indicado para essas instituições.

Área temática: *A Mensuração de Custos na Saúde*

**ESTUDO SOBRE MÉTODOS DE CUSTEIO EM INSTITUIÇÕES
HOSPITALARES
TRABALHO 14.230**

RESUMO

Este artigo tem por objetivo apresentar os principais sistemas de custeio e sua relação com as instituições hospitalares apontando os seus pontos fortes e fracos. Inicialmente aborda-se a problemática que permeia esse ambiente devido à carência de um sistema que supra as necessidades existentes. Após a introdução do tema foi feito um levantamento sobre os sistemas pesquisados: absorção, variável e por atividades, demonstrando-se os aspectos relevantes e metodologias de cada um.

No sistema de custeio por absorção os custos totais são divididos em diretos e indiretos e estes últimos rateados de acordo com critérios específicos, fazendo com ele seja o mais simples de todos os apresentados. Sua metodologia é de fácil aplicação, porém seus resultados são limitados ao atendimento da legislação societária. No sistema de custeio direto, apenas os custos variáveis são apropriados à produção do período, os custos fixos são levados diretamente para o resultado. O Custeio Variável não é aceito pela Auditoria Externa e pela legislação do Imposto de Renda, mas é o mais indicado para fins decisoriais. O sistema de custeio baseado em atividades (ABC) aplaca as distorções pela forma como trata os custos fixos e também se propõe ao gerenciamento de custos para tomada de decisões, uma vez que disponibiliza informações mais seguras a respeito dos custos das atividades, tornando-se desta forma o mais indicado para essas instituições.

Palavras-chave: sistemas de custeio, instituições hospitalares, serviços

Área Temática 14) A Mensuração de Custos na Saúde

ESTUDO SOBRE MÉTODOS DE CUSTEIO EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

INTRODUÇÃO

Desde algum tempo, uma verdadeira revolução administrativa vem ocorrendo nos hospitais brasileiros. Suas estruturas, antes voltadas para atender as exigências médicas, passam agora a se direcionar para a forma pela qual seus serviços são prestados, cuidando de detalhes anteriormente não considerados importantes (Andrade, 2000).

Uma das razões que levam a essa mudança de postura decorre de uma visível transformação por parte dos principais agentes financiadores do sistema. Segundo Beulke et al (1997), o mercado hospitalar brasileiro pode ser dividido em três grandes públicos:

- a) Paciente do Sistema Único de Saúde (SUS)
- b) Pacientes particulares
- c) Pacientes conveniados

As receitas oriundas da prestação de serviços via SUS não permitem, na maioria dos casos, a obtenção de grandes resultados por parte das instituições. O paciente particular, cuja receita normalmente apresenta um resultado positivo, é um segmento em gradativa extinção. Desta forma, o grande segmento para onde se canalizam os maiores esforços são os pacientes conveniados.

Existem atualmente inúmeros planos de saúde no País, muitos deles com características e valores próprios individuais ou em grupos, os quais vem há um certo tempo estruturando-se de forma técnica e consistente diante dos termos “preço” e “custo de atendimento”. É justamente nesse ponto que surge o primeiro grande problema: **estabelecer um “valor” ou um “preço” para cada serviço prestado.**

Rutledge (1996) complementa esse raciocínio ao afirmar que a competitividade gerada no meio ambiente hospitalar demanda um maior entrosamento entre os médicos e os administradores dessas instituições, no que diz respeito ao controle dos custos e a melhoria da qualidade. Apesar do corpo médico exercer um papel fundamental dentro dos hospitais e de responder por aproximadamente 75% de todos os custos da instituição, ele raramente é consultado ou informado sobre o planejamento financeiro e sobre as tomadas de decisões realizadas pelos administradores. Esse comportamento deve ser revertido em nome da “boa saúde” da instituição. Pesquisas demonstram que o envolvimento da equipe médica na tomada de decisões administrativas promovem uma redução dos custos e uma melhoria de desempenho nas atividades desenvolvidas no hospital como um todo¹.

Na opinião de Horn et al (1997), um dos principais desafios a ser enfrentado no meio ambiente hospitalar pode ser sintetizado da seguinte forma: **como controlar os custos e ao mesmo tempo manter uma boa qualidade no padrão de atendimento.** A preocupação em busca do aumento da qualidade, da efetividade e da diminuição dos custos faz com que os principais agentes envolvidos no processo (administradores hospitalares, médicos e seguradoras de saúde) desenvolvam novos métodos que permitam conciliar essas variáveis aparentemente antagônicas.

A palavra “custos”, aqui empregada, não possui o mesmo significado de “gasto” nem de “despesa”. Santos (2000), define *gasto* como sendo “um compromisso assumido por uma empresa para obtenção de um produto ou serviço”. Para Martins (1998), “gasto é o sacrifício

financeiro com que a entidade arca para obtenção de um produto ou serviço qualquer, sacrifício esse representado por entrega ou promessa de ativos (normalmente dinheiro)”. De acordo com Silva (2000), “uma empresa efetua diversos gastos para a operacionalização de suas atividades, e **os custos referem-se aos gastos realizados na produção de bens ou serviços**”. As *despesas*, por sua vez, representam, “o esforço do hospital para conseguir receita, ainda que não haja desembolso de recursos financeiros no mesmo período” (Andrade, op cit).

Galloro et al (2000) resumem os conceitos supracitados da seguinte forma:

- Gasto: sacrifício de ativos para obtenção de bens ou serviços;
- Custo: sacrifício de ativos no processo de produção de bens ou serviços;
- Despesa: sacrifício de ativos para obtenção de receitas.

É importante ressaltar essas diferenças para que não haja distorções na interpretação dos vários conceitos que serão abordados mais adiante. Segundo Silva (op cit) os custos se classificam quanto:

- À unidade do produto (diretos, indiretos, primários e de transformação);
- Ao comportamento em relação ao volume de atividades (fixos, variáveis, semifixos e semivariáveis);
- À controlabilidade (controláveis e não controláveis);
- À base monetária (históricos, históricos corrigidos, correntes, estimados, padrão).

Sendo assim, percebe-se que, dependendo do tipo de análise de custos que se queira fazer, utilizar-se-á uma classificação diferente de custeio que melhor exprima o resultado que se queira alcançar. Para a análise específica dos custos hospitalares, serão utilizadas as classificações de Falk (2001) e Andrade (op cit).

Falk divide os custos totais em *custos diretos* e *indiretos (overhead)*. Os custos diretos são aqueles que estão clara e diretamente associados ao item em questão, e, normalmente, estão sob o controle direto do responsável pelo serviço. Os demais custos podem ser considerados indiretos. Outro dado importante para a completa análise dos custos seria a introdução do *custo médio*, que representa o custo total do procedimento dividido pelo número de pacientes atendidos ou previstos. Falk salienta ainda que o retorno sobre o tempo dedicado ao controle dos custos indiretos, em termos de recursos economizados, pode ser mínimo quando comparado com o retorno sobre o controle dos custos diretos. A definição dos custos diretos e indiretos para cada chefia, portanto, pode ser o primeiro passo para um melhor controle de gastos no hospital ou instituição de saúde. Com a conceituação de custo direto, é possível para o hospital determinar o volume de atendimentos a partir do qual começaria a ter lucro (ponto de equilíbrio). Da mesma forma, o hospital poderá avaliar a capacidade contributiva de cada produto ou serviço e a capacidade de alavancagem de cada um delesⁱⁱ.

Andrade, por sua vez, classifica os custos totais como sendo *fixos* (sua ocorrência independe do volume de atendimento) ou *variáveis* (seu consumo depende do volume de atendimento). Essa classificação será de largamente utilizada logo a seguir, quando será abordado o sistema de custeio direto ou variável.

Além das classificações retrocitadas, faz-se necessária uma explicação a respeito do que venha a ser um *centro de custo* e a relação deste com os *departamentos*.

Segundo Falk (op cit), até recentemente, pelo menos nos Estados Unidos, a estrutura administrativa da maioria das instituições de saúde estava baseada no que podia se chamar de *centro de responsabilidade*. Um centro de responsabilidade é uma unidade organizacional do hospital para a qual existe uma chefia com autoridade de mando e responsabilidade perante os

resultados alcançados. Os centros de responsabilidade eram normalmente reconhecidos como *centros de custos* e *centros de receita*. A contabilidade de custos por departamento fornecia informações sobre os dados de custos e da receita de cada centro de responsabilidade e de sua respectiva contribuição para o gasto e a receita total da instituição. Nesse estudo, quando se falar em centro de custo, estará se fazendo referência a um departamento hospitalar específico e aos respectivos custos por ele gerados.

De acordo com Martins (op cit), a departamentalização (ou divisão dos custos por departamentos) é fundamental para acumulação dos custos hospitalares e tem como objetivos básicos: o controle do custo/paciente e a determinação dos custos hospitalares totais.

Os custos diretos, indiretos, fixos e variáveis são componentes de um *sistema de custeio ou de um sistema de mensuração de custos*. Um sistema, na opinião de Hansen et al (2001), corresponde a um conjunto de partes inter-relacionadas que realiza um ou mais processos para atingir objetivos específicos. Andrade (op cit) salienta que um sistema de custos hospitalar possui vários objetivos:

- Apurar o valor de um dado procedimento médico com o propósito de atribuir preço;
- Avaliar o desempenho dos diversos departamentos do hospital;
- Avaliar os desvios havidos e detectar pontos para melhoria.

Como se vê, diante de objetivos tão diversos, pode-se perguntar se há um sistema de custeio ideal que permita a realização das metas requeridas. Hansen et al (op cit) afirma que o princípio fundamental da gestão de custos pode ser assim resumido: “custos diferentes para propósitos diferentes”. Assim, o que o “custo do produto” ou “custo do serviço” vai significar, dependerá do objetivo que pretende ser atendido. No entanto, utilizar mais métodos de custeio do que o necessário pode ser confuso e prejudicar a credibilidade do sistema de informações da gestão de custos.

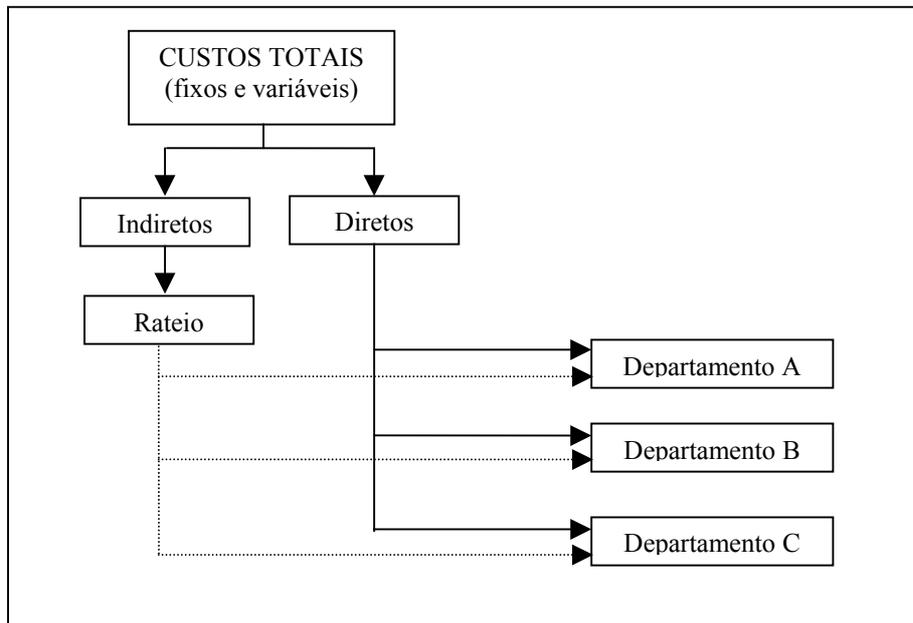
Na opinião de Maher (2001), no desenho de um sistema de custos, o principal aspecto a ser considerado é que ele deve ser orientado para atender às necessidades dos tomadores de decisões e que as informações geradas pelo sistema compensem o gasto necessário para a sua obtenção. Em outras palavras, a relação “custo x benefício” necessária para que a informação seja obtida deve ser sempre favorável para o administrador.

Esse estudo irá abordar alguns dos principais métodos de custeio empregados em hospitais enfocando os pontos fortes e fracos de cada um.

SISTEMA DE CUSTEIO POR ABSORÇÃO

De acordo com Andrade (op cit), esse critério é utilizado pela contabilidade financeira (de uso geral) e conceitua os itens de custo como diretos e indiretos. Por esse processo, as despesas são reconhecidas no momento de sua incorrência (utilização), enquanto os custos estão relacionados aos serviços e medicamentos estocados e consumidos. *Esse critério atribui diretamente a cada departamento os custos neles diretamente aplicados, e rateia os custos indiretos, cuja aplicação ao produto não é facilmente detectável*. A figura 01 ilustra a distinção entre os custos diretos e indiretos. Note-se que os custos diretos são alocados aos departamentos segundo sua utilização, enquanto os custos indiretos são alocados segundo cálculo de rateio baseado em conceitos subjetivos.

Figura 01: Esquema de funcionamento do sistema de custeio por absorção



Fonte: Martins (1998), com adaptações.

Os custos indiretos hospitalares compõem-se de gastos com energia elétrica, água, telefone, depreciação, impostos e outros que não podem ser claramente identificados com o serviço prestado. De acordo com Martins (2000), para que as Ordens de Serviços Médicos (OSM) recebam uma parcela adequada dos custos indiretos da produção médica, algumas características devem ser estudadas:

- A relação de cada item do custo indireto com o procedimento médico ou grupo de procedimentos;
- volume de cada procedimento médico ou volume do grupo de procedimentos médicos;
- A tendência de alguns itens dos custos indiretos hospitalares em variar de acordo com o volume da produção médica.

Diferentemente dos custos diretos hospitalares, como materiais médicos e medicamentos, os custos indiretos não aparecem em requisições ou em qualquer outro documento. Entretanto, constituem-se, como os custos diretos, uma parte significativa dos custos por paciente.

Os custos indiretos são calculados através de bases de rateio. De acordo com Falk (op cit), a expressão *alocação de despesas* refere-se ao ato de levar (ratear) gastos ocorridos e registrados em alguma área ou objeto de custo para outras áreas. As bases de rateio dos custos indiretos hospitalares diferem de hospital para hospital e de departamento para departamento dentro do mesmo hospital. O tipo, o uso e o significado dos custos indiretos hospitalares devem ser considerados quando se decidir que critério usar. Martins (op cit) indica os principais fatores que podem influenciar o critério da base de rateio:

- Quantidade de pacientes;
- Custos dos materiais médicos e medicamentos;
- Dias de permanência do paciente no hospital (diárias).
-

A seguir, serão apresentadas algumas bases de rateio mais comuns em hospitais:

Método do número de pacientes: é o mais simples para apropriar os custos indiretos hospitalares. Ele é considerado satisfatório quando o hospital tem uniformidade de procedimentos. O valor dos custos indiretos hospitalares para cada OSM é obtido através da seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Custo indireto hospitalar}}{\text{Quantidade de OSM}} = \text{Custo indireto hospitalar por OSM}$$

Método dos custos dos materiais médicos e medicamentos: para ser utilizado precisa revelar uma correlação entre os custos indiretos hospitalares e os custos dos materiais médicos e medicamentos. Desta forma, tem-se:

$$\frac{\text{Custo indireto hospitalar}}{\text{Custos dos materiais médicos e medicamentos}} = \text{Custo indireto hospitalar por OSM}$$

Esse método deve ser usado com cuidado, porque um procedimento médico pode consumir materiais médicos e medicamentos de alto preço e outra OSM pode utilizar materiais médicos de baixo preço, causando distorções quando da determinação do custo/paciente.

Método de dias de permanência do paciente no hospital (diárias): é considerado satisfatório porque supõe que, quanto mais tempo o paciente permanece no hospital, mais será beneficiado com os custos indiretos hospitalares. Sendo assim, tem-se que:

$$\frac{\text{Custo indireto hospitalar}}{\text{Quantidade de diárias}} = \text{Custo indireto hospitalar por diária}$$

Como se pode perceber, o cálculo do custo indireto varia em função da base de rateio a ser empregada. Leone (1996) informa que o uso generalizado e intenso desse critério, sem maiores análises, pode oferecer resultados que não estão de acordo com a realidade, tornando-se difícil determinar as variações e suas causas. O custeio por absorção peca porque trabalha intensivamente com os custos indiretos, distribuindo-os através de bases duvidosas entre os departamentos.

Andrade (op cit) afirma que o problema fundamental do rateio dos custos indiretos reside na definição do método a ser utilizado. Qualquer que seja o método que se escolha, sempre haverá algum tipo de crítica para o mesmo. Portanto, tem que se reconhecer que o esforço em atribuir todos os custos de produção ao serviço prestado é sempre um exercício de aproximação, e a simples mudança de critério de rateio do custo indireto pode influenciar significativamente no valor final dos custos de cada departamento ou procedimento.

SISTEMA DE CUSTEIO DIRETO OU VARIÁVEL

Viu-se anteriormente que no custeio por absorção, os custos totais eram divididos em diretos e indiretos e estes últimos rateados de acordo com critérios específicos.

De acordo com Martins (op cit), no custeio direto, os custos totais são divididos em fixos e variáveis e só são alocados aos produtos os custos variáveis, ficando os custos fixos separados e considerados como despesas do período.

Na opinião de Andrade (op cit), esse método representa uma evolução nas técnicas de análise de desempenho de custos, vendas e margem de lucros, e baseia-se nos conceitos de custo marginal (o custo que se incorre para produzir mais uma unidade de dado produto ou serviço).

De acordo com Hansen et al (2001), o método direto é a maneira mais simples e mais objetiva de alocar os custos aos departamentos. Os custos variáveis são alocados diretamente

para os departamentos de produção proporcionalmente ao consumo de cada departamento de serviço.

Os quadros e gráficos abaixo apresentam um esquema onde se pode comparar os resultados obtidos com o uso do sistema de custeio por absorção e do custeio direto, através de um exemplo ilustrativo construído a partir de dados retirados do “Hospital XYZ”.

Quadro 01: Resumo dos resultados, pelo uso do sistema de custeio por absorção.

Hospital XYZ	1º ano \$	2º ano \$	3º ano \$	4º ano \$	Total \$
Serviços prestados	3.000.000	4.500.000	3.750.000	5.250.000	16.500.000
(-) custos dos serviços	(2.600.000)	(4.180.000)	(3.120.000)	(5.100.000)	(15.000.000)
(=) Lucro	400.000	320.000	630.000	150.000	1.500.000

Fonte: Martins (2000), com adaptações.

Quadro 02: Resumo dos resultados, pelo uso do sistema de custeio direto.

Hospital XYZ	1º ano \$	2º ano \$	3º ano \$	4º ano \$	Total \$
Serviços prestados	3.000.000	4.500.000	3.750.000	5.250.000	16.500.000
(-) Custos variáveis dos serviços prestados	(1.200.000)	(1.800.000)	(1.500.000)	(2.100.000)	(6.600.000)
(=) Margem de contribuição	1.800.000	2.700.000	2.250.000	3.150.000	9.900.000
(-) Custos fixos	(2.100.000)	(2.100.000)	(2.100.000)	(2.100.000)	(8.400.000)
(=) Lucro	(300.000)	600.000	150.000	1.050.000	1.500.000

Fonte: Martins (2000), com adaptações.

Ao se comparar os resultados anuais dos custos nos quadros 01 e 02, respectivamente, observar-se-á que eles são diferentes, muito embora coincidam no montante total (em ambos os critérios o valor dos custos totais é de \$ 15.000.000,00). No 1º ano, por exemplo, o custo do serviço prestado, através do uso do critério do custeio por absorção, é de \$ 2.600.000,00, enquanto que no critério do custeio direto, o valor é de \$ 3.300.000,00. Isso se deve ao fato de que, *pelo sistema de custeio por absorção, os custos totais dividem-se em diretos e indiretos, e, pelo sistema de custeio direto, dividem-se em fixos e variáveis*. Note-se, no entanto, que independente do sistema utilizado, os custos totais são os mesmos, diferenciando-se apenas a forma de como eles são gerenciados.

Gráfico 01: Detalhamento dos custos dos serviços prestados, pelo uso do sistema de custeio por absorção

Fonte: dados levantados pela pesquisa em tela.

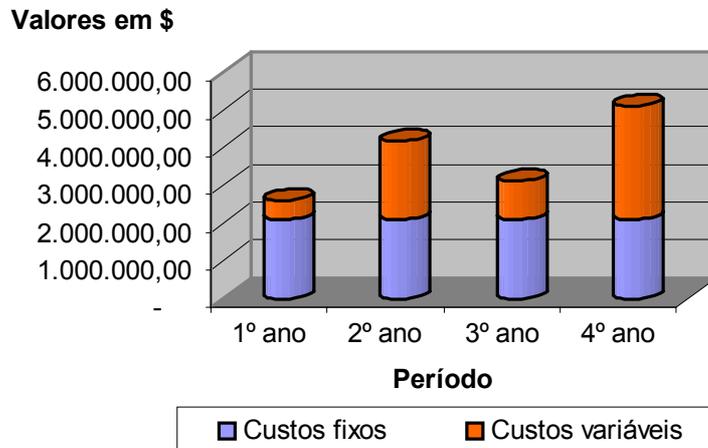
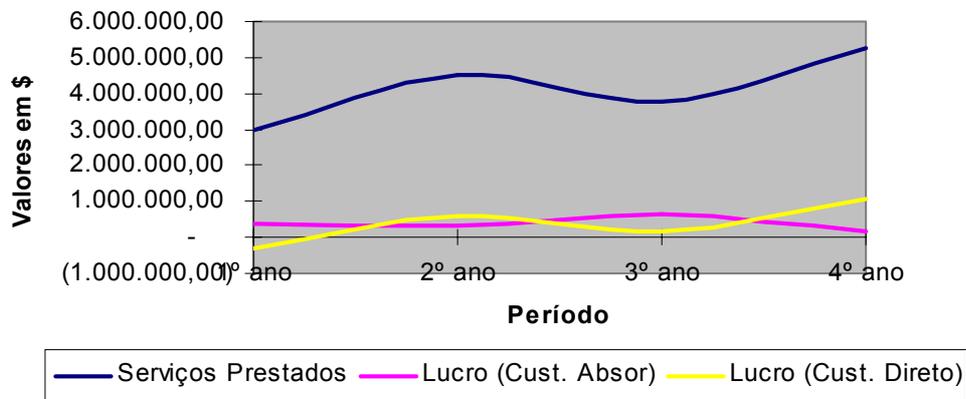


Gráfico 02: Comparativo das receitas por serviços prestados e do lucro obtido por sistema de custeio



Fonte: Martins (2000), com adaptações.

Os resultados evidenciados no quadro 01 mostram a inclusão dos custos fixos e variáveis nos custos totais dos serviços prestados e o seu impacto no lucro do período. Note-se que os lucros não acompanham a flutuação do valor dos serviços. Como os custos fixos são rateados e incorporados no cálculo dos custos totais, observa-se que quando há um acréscimo de serviços prestados, há um aumento proporcional dos custos variáveis e também uma incorporação da parcela dos custos fixos, que não são diluídos por um aumento na produção (gráfico 01). Desta forma, o incremento no resultado não é percebido.

No entanto, no quadro 02, observa-se que os custos passam a acompanhar o volume dos serviços prestados. Qual a razão disso? Neste caso, o custo variável é agregado ao serviço e o custo fixo é alocado integralmente como despesas do período. O gráfico 02 mostra a comparação entre o lucro obtido através da utilização do custeio por absorção e pelo custeio direto, e a relação de ambos com a receita.

Entretanto, mesmo com todas essas vantagens, alguns autores não recomendam a utilização do custeio direto. Segundo Martins (op cit), do ponto de vista decisorial, o custeio direto tem condições de propiciar muito mais rapidamente informações vitais à empresa; da mesma forma, o lucro medido dentro desse critério parece ser mais informativo à administração. No entanto, a contabilidade possui Princípiosⁱⁱⁱ que não admitem o uso de Demonstrações de Resultados e de Balanços Patrimoniais avaliados à base do custeio direto.

De acordo com Maher (op cit) alguns estudiosos criticam o método direto porque ele ignora o fato de que os custos fixos, de alguma forma, também participam do processo produtivo, e por essa razão devem ser reconhecidos. Desta forma, se objetivo do rateio de custos for incentivar a distribuição proporcional dos custos, o método direto deixa muito a desejar. Viveiros (2000) aponta as seguintes vantagens e desvantagens de cada método:

Custeio direto:

- É orientado basicamente para o aspecto gerencial, por permitir a apuração da lucratividade real de cada produto, não se adequando, entretanto, às exigências legais;
- Enfoca principalmente o custo unitário, visto que utiliza, em sua composição, gastos que variam a cada unidade produzida; com isso, isola a influência do volume sobre o custo;
- Seu cálculo é mais simples por não envolver rateios e critérios complexos de distribuição de gastos entre departamentos;
- Por outro lado, precisa da separação dos custos e despesas fixas e variáveis, o que requer uma estrutura de classificação dos gastos adequada para tal fim; e,
- Seu uso deve ser avaliado com maior detalhes em empresas com ativos elevados (hospitais, por exemplo), pois nesse caso, deve haver a preocupação com a “absorção” dos custos fixos, especialmente no que diz respeito à depreciação.

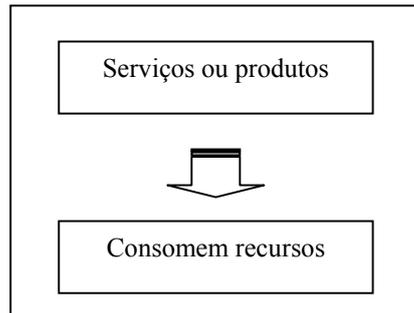
Custeio por absorção

- Atende a legislação fiscal e deve ser usado quando a empresa busca o uso do “sistema de custos integrado à contabilidade”
- Os critérios de rateio usados para distribuir os gastos entre os departamentos nem sempre são objetivos e podem distorcer os resultados, penalizando alguns produtos em benefícios de outros.
- Por outro lado, permite a apuração do custo por centro de custo, visto que sua aplicação exige a organização contábil nesse sentido; tal recurso, quando os custos forem alocados aos departamentos de forma adequada, permite o acompanhamento do desempenho de cada área; e,
- Por absorver todos os custos de produção, permite a apuração do custo de cada produto, o qual, entretanto, nem sempre reflete o resultado mais adequado, devido à distribuição dos custos fixos por critérios, por vezes subjetivos.

SISTEMA DE CUSTEIO BASEADO EM ATIVIDADES

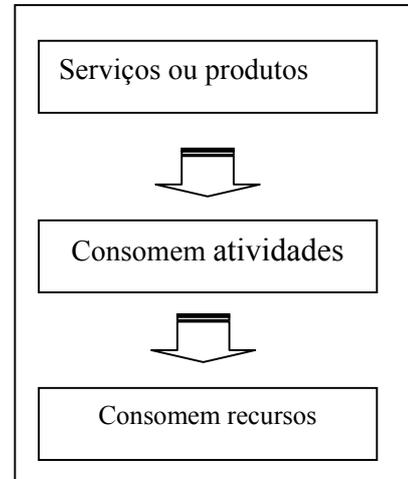
De acordo com Falk (op cit), a metodologia de elaboração de custos conhecida como Custo Baseado em Atividades (*Activity-Based Costing – ABC*) não é uma alternativa nova de custeio para as organizações de saúde. Na visão tradicional de custos, (figura 02) os serviços ou produtos consomem recursos na prestação de seu trabalho. Na metodologia ABC (figura 03), por outro lado, acredita-se que serviços ou produtos consomem atividades, e, depois, essas atividades consomem recursos.

Figura 02: Visão tradicional de Custos



Fonte: Falk (2000)

Figura 03: Sistema de Custos custeio por atividades



Fonte: Falk (2000)

Em outras palavras, o sistema ABC acredita que atividades consomem recursos para produzir um resultado, uma vez que cada paciente necessita de uma série de atividades para seu tratamento e recuperação.

Boisvert (1999) afirma que as atividades não se equivalem aos centros de custos porque:

- As atividades correspondem ao trabalho feito pela mão de obra ou pelas máquinas;
- Os centros de custos correspondem ao reagrupamento de funções geralmente associadas a lugares físicos (onde podem agregar várias atividades);
- Os recursos são consumidos pelas atividades em diferentes centros de custos;
- Os objetos de custos (bens e serviços vendáveis) demandam atividades que os levam a transitar por diferentes centros de custos.

As atividades são a resposta para a pergunta “por que os custos foram realizados?”. Os centros de custos respondem a pergunta “onde os custos foram realizados?”.

Segundo Martins (op cit), o ABC procura reduzir as distorções provocadas pelo rateio arbitrário dos custos indiretos. Porém, a utilidade do custeio baseado em atividades não se limita apenas ao custeio dos produtos. Ele é acima de tudo uma ferramenta de gestão, podendo ser utilizada para fins administrativos e estratégicos.

Na opinião de Andrade (op cit), o custeio baseado em atividades é um método desenvolvido para facilitar a análise estratégica de custos relacionados com as atividades que mais impactam o consumo de recursos de uma empresa. O objetivo dessa análise estratégica constitui-se em conhecer a quantidade, a relação de causa e efeito e a eficiência e eficácia com que os recursos são consumidos nas atividades mais relevantes da empresa^{iv}.

Uma atividade é um processo que combina pessoas, tecnologias, materiais, métodos e o ambiente, com o objetivo de produzir produtos e serviços. Isso inclui, também, as inúmeras ações de suportes aos processos produtivos.

Dessa forma, pode-se afirmar que a elaboração de um produto ou serviço é função de uma série de atividades e o custo final de um produto é a soma dos custos de cada uma das atividades desenvolvidas para produzi-lo.

Para Maher (op cit), a implantação de um sistema de custeio baseado em atividades envolve quatro processos:

- 1) Identificação das atividades (compra de materiais, por exemplo) que consomem recursos e atribuição de custos a cada uma delas;
- 2) Identificação dos direcionadores de custos de cada atividade. Um direcionador de custo causa, “direciona”, os custos de uma atividade. O direcionador de custos de compra de materiais, por exemplo, pode ser a quantidade de pedidos.
- 3) Cálculo da taxa por unidade do direcionador de custos ou por transação. Cada atividade pode ter mais de uma taxa.
- 4) Atribuição dos custos aos produtos, multiplicando-se a taxa do direcionador pelo volume do direcionador consumido pelo produto. Por exemplo, o custo por pedido vezes a quantidade de pedidos exigida pelo produto “X” durante o mês de dezembro, mede o custo da atividade de compras consumida pelo produto “X” durante o mesmo mês.

Slomski (1999) afirma que o custo de uma atividade representa todos os sacrifícios de recursos necessários para desempenhá-la. A atribuição dos custos às atividades deve ser feita de forma criteriosa, de acordo com a seguinte ordem:

- Alocação direta: quando existe uma identificação clara e objetiva dos custos à atividade;
- Rastreamento: é uma alocação com base na identificação da relação da causa e efeito entre a ocorrência da atividade e a geração do custo;
- Rateio: é realizado apenas quando não há a possibilidade de utilizar nem alocação direta e nem o rastreamento.

Maher (op cit) complementa esse raciocínio afirmando que no custeio baseado em atividades, os custos se relacionam com o volume e com a complexidade da atividade em questão. Como regra geral, a quantidade de atividades que consomem recursos é mensurada em função da complexidade da companhia. A quantidade de direcionadores aumenta, à medida que as companhias se tornam mais complexas.

O quadro 03 apresenta vários exemplos de tipos de direcionadores de custos geralmente utilizados pelas empresas. A maioria deles relaciona-se com a produção ou com a complexidade do processo de produção.

Quadro 03: Exemplo de direcionadores de custos

Direcionadores de Custos	
Horas máquinas	Tempo de computação
Horas de mão de obra ou custo de mão de obra	Quantidade de itens produzidos ou vendidos
Peso do material trabalhado	Quantidade de clientes atendidos
Páginas digitadas	Horas de vôo
Preparações de máquinas	Quantidade de cirurgias
Pedidos de compras	Quantidade de ordens de reprocessamento
Inspeções de qualidade	Horas de teste
Quantidade de partes de um produto	Quantidade de clientes diferentes
Milhas percorridas	

Fonte: Maher (2001).

Hansen et al, (op cit) exemplifica a implantação de um sistema e custeio por atividades em um hospital “XYZ” para determinar o custo da enfermagem nos diferentes tipos de pacientes cardiológicos.

1ª etapa: Identificação das atividades

A primeira etapa da implantação do sistema ABC consiste em identificar todas as atividades relacionadas com tratamento dos clientes na ala cardiológica. Sendo assim, tem-se que:

1. Identificação de todas as enfermeiras que trabalham na área cardiológica;
2. Identificação das atividades principais desempenhadas pelas enfermeiras: (1) tratamento de pacientes, (2) monitoramento de pacientes, (3) cuidados físicos e higiênicos dos pacientes e (4) resposta aos pedidos dos pacientes.
3. Identificar os principais equipamentos médicos utilizados nos pacientes (monitores, por exemplo).
4. Identificar quais os recursos são usados pelas atividades de cuidados de enfermagem (equipamentos, materiais, energia, etc).

2ª etapa: Identificação dos direcionadores de custos

A segunda etapa do processo consiste na análise minuciosa das atividades mencionadas na etapa anterior a fim de possam ser identificados quais serão os direcionadores de custos mais adequados.

1. Identificar quanto tempo as enfermeiras consomem em cada atividade (25% do tempo pode ser consumido tratando de pacientes, 20% com cuidados higiênicos, 40% do tempo atendendo a pedidos dos pacientes e 15% com monitoramento de pacientes, por exemplo);
2. Identificar quanto tempo do equipamento é consumido em cada atividade (o uso do computador pode ser dividido entre 40% para trabalho do supervisor e 60% para monitoramento);
3. Identificar os resultados de cada atividade (tratamento de pacientes: número de tratamentos, atender os pedidos: número de pedidos, e assim por diante);

Com base nas duas primeiras etapas, pode-se construir um “dicionário de atividades” da ala cardiológica. O “dicionário” nomeia a atividade, descreve as tarefas da atividade e identifica o direcionador de custos.

Quadro 04: Dicionário de atividades da ala cardiológica do hospital “XYZ”.

Nome da atividade	Descrição da atividade	Direcionador de custos
Tratar pacientes	Administração de medicamentos e troca de curativos	Número de tratamentos
Fornecer cuidados higiênicos	Banho, troca de lençóis e roupas, passeio com pacientes.	Horas de mão de obra
Atender aos pedidos dos pacientes	Responder às chamadas, aconselhar, fornecer lanches.	Número de pedidos
Monitorar pacientes	Monitoramento dos sinais vitais e registros das anotações	Horas de monitoramento

Fonte: Hansen et al (2001), com adaptações.

Uma vez que as atividades sejam identificadas e descritas, o próximo passo é determinar quanto custa para realizar cada atividade. Isso requer a identificação dos recursos que estão sendo consumidos em cada atividade. As atividades consomem recursos tais como mão de obra, materiais, energia e capital. Dessa forma, torna-se necessário atribuir os custos dos recursos utilizando a alocação direta, o rastreamento ou o rateio.

3ª etapa: Cálculo da taxa por unidade do direcionador de custos

O cálculo da taxa por unidade do direcionador de custo é computado por meio da divisão dos custos das atividades orçadas pela “capacidade prática” das atividades. Capacidade prática é o resultado da atividade que pode ser produzida se ela for desempenhada eficientemente. O exemplo fornecido no quadro 06 ilustra essa situação.

Quadro 05: Cálculo da taxa de atividade

Nome da atividade	Custo da atividade/ capacidade da atividade	Taxa de atividade
Tratar pacientes	\$ 103.070/30.000	\$ 3,44 por tratamento
Fornecer cuidados higiênicos	\$ 87.056/16.000	\$ 5,44 por hora de cuidado
Atender aos pedidos dos pacientes	\$ 154.112/80.000	\$ 1,93 por pedido
Monitorar pacientes	\$ 135.762/200.000	\$ 0,68 por hora de monitoramento

Fonte: Hansen et al (2001), com adaptações.

4ª etapa: Atribuição dos custos aos produtos

As taxas de atividades fornecem o preço debitado pelo consumo da atividade. Utilizando-se essas taxas, os custos são atribuídos conforme mostra o quadro 06.

Quadro 06 Atribuição dos custos

	Tratamento normal
Tratar pacientes \$ 3,44 x 5.000	\$ 17.200
Fornecer cuidados higiênicos \$ 5,44 x 5.000	\$ 27.200
Atender aos pedidos dos pacientes \$ 1,93 x 30.000	57.900
Monitorar pacientes \$ 0,68 x 20.000	13.600
Custos Totais	\$ 115.900
Unidades	÷ 10.000
Custo de Enfermagem por dia do paciente	\$ 11,59

Fonte: Hansen et al (2001), com adaptações.

Andrade (op cit) ensina que o sistema ABC pode levar a avaliações de custos e rentabilidade dos produtos ou serviços em uma abordagem diferente dos sistemas convencionais. Por meio desta sistemática pode-se descobrir que um produto ou serviço tido como rentável esteja, ao contrário, reduzindo o resultado global do hospital. A ação a ser tomada poderia ser a avaliação do tipo de contribuição que esse produto pode estar dando para

alavancar a venda de outros produtos, ou então reavaliar o processo produtivo, otimizando-o e reduzindo os custos a um nível de lucratividade.

A discussão sobre formas e métodos de custeio não terminam por aqui. Na verdade, existem inúmeras outras ferramentas discutidas e utilizadas amplamente nas organizações. No entanto, para o propósito dessa pesquisa, que se limita ao enfoque hospitalar, acredita-se que essas que foram apresentadas ilustram uma grande parte do pensamento que permeiam esse assunto.

CONCLUSÃO

Pelo exposto, observou-se que diversos sistemas de custeio podem ser aplicados em instituições hospitalares. O sistema de custeio por absorção é o que possui a metodologia mais simples de aplicação, muito embora não apresente resultados satisfatórios para fins gerenciais, devido a atribuição de critérios de rateios, na maioria das vezes subjetivos, para o tratamento dos custos fixos. O sistema de custeio variável representa um avanço em relação ao sistema anterior, e suas informações possuem caráter gerencial. No entanto, ele contraria os Princípios Fundamentais de Contabilidade, e, desta forma, não pode ser utilizado para fins de contabilidade societária. Finalmente, o sistema de custeio por atividades reúne em sua metodologia os pontos positivos dos dois outros sistemas: trata em detalhes os custos fixos, na medida em que trabalha por atividades e não por departamentos, reduzindo a arbitrariedade dos critérios de rateio e disponibiliza informações de caráter gerencial. Por outro lado, esse sistema é de difícil implantação, na medida em que precisa de uma boa integração de todas as áreas envolvidas no processo.

Sendo assim, o sistema de custeio por atividades é o que melhor se adapta às instituições hospitalares, pois pode fornecer de maneira mais adequada informações relativas aos custos dos serviços para que desta forma seja possível estabelecer um valor coerente para as atividades prestadas por essas entidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Magalhães. *Custos na atividade hospitalar*. Temas contábeis em destaque. Conselho Regional do Estado de São Paulo; coordenação José Barbosa da Silva Júnior. São Paulo: Atlas, 2000 (coleção seminários CRC/SP/IBRACON).

BEULKE, Rolando; BERTO Dalvio José., . *Gestão de custos e resultado na saúde: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres*. São Paulo: Saraiva, 1997.

BOISVERT Hugues. *Contabilidade por atividades: contabilidade de gestão: práticas avançadas*. São Paulo: Atlas, 1999.

GALLORO, Lídia R. R. Sacco; GALLORO, Victor Domingos. *Introdução à contabilidade de custos*. Custos: ferramentas de gestão. Conselho Regional do Estado de São Paulo; coordenação José Barbosa da Silva Júnior. São Paulo: Atlas, 2000 (coleção seminários CRC/SP/IBRACON).

FALK, James Anthony. *Gestão de custos para hospitais: conceitos, metodologias e aplicações*. São Paulo: Atlas, 2001.

HANSEN Don R.; MOWEN, Maranne M. *Gestão de custos: contabilidade e controle*. São Paulo: Atlas, 2001

HORN Susan D; SHARKEY Siobhan S; RIMMASCH, Holly L. *A methodology to improve quality and decrease cost in health care*. Oncology Issues 12(1):16-20, 1997. Association of Community Cancer Centers.

LEONE, George Sebastião Guerra. *Custos: planejamento, implementação e controle*. São Paulo: Atlas, 1996.

MAHER, Michael. *Contabilidade de custos: criando valor para a administração*. São Paulo: Atlas, 2001.

MARTINS, Domingos. *Custos e orçamentos hospitalares*. São Paulo: Atlas, 2000.

MARTINS, Eliseu. *Contabilidade de custos*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

RUTLEDGE, Valinda Rowe. *Hospital/physician alignment: a model for success*. Oncology Issues 11(6):18-20, 1996. Association of Community Centers.

SANTOS, Joel J. *Análise de custos: Remodelado com ênfase para custo marginal, relatórios e estudo de casos*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

SILVA, José Barbosa Júnior. *Custos: ferramentas de gestão*. Conselho Regional de Contabilidade do Estado de São Paulo, São Paulo: Atlas, 2000. (Coleção Seminários CRC-SP/IBRACON).

SLOMSKI, Valmor. *Tópicos avançados em contabilidade governamental*. Portifólio do Curso de Pós Graduação em Contabilidade e Controladoria Governamental. Coordenação de Pós Graduação. Universidade Federal de Pernambuco. 1999.

VIVEIROS, Ulisses. *Enfoque gerencial da contabilidade de custos*. Custos: ferramentas de gestão. Conselho Regional do Estado de São Paulo; coordenação José Barbosa da Silva Júnior. São Paulo: Atlas, 2000 (coleção seminários CRC/SP/IBRACON).

ⁱ Pesquisa realizada por Valinda Rowe Rutledge, vice-presidente do St. Joseph Mery Hospital and Saline Community Hospital, Ann Arbor, Michigan, USA, publicada em Oncology Issues 11(6):18-20, 1996.

ⁱⁱ De acordo com Andrade (2000), ainda que o hospital não possua fins lucrativos, o superávit é desejável para garantir a continuidade das atividades. A grande diferença estará na utilização que se dará ao superávit conseguido.

ⁱⁱⁱ O custeio direto fere os Princípios Fundamentais de Contabilidade, em especial aqueles que tratam do Regime da Competência e da Confrontação entre Receitas e Despesas. Segundos estes, deve-se apropriar as receitas e delas deduzir todos os sacrifícios envolvidos para a sua obtenção.

^{iv} A Eficiência, em seu sentido técnico, corresponde à relação entre os resultados alcançados com os recursos utilizados ou a produtividade dos recursos; a eficácia é a capacidade de atingir um objetivo ou a medida dos resultados alcançados e a efetividade é o alcance dos objetivos de um sistema supondo um conjunto de alternativas estratégicas, ou a eficiência à luz da eficácia.