

Comportamento de custos hospitalares: o caso do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina

Juliana coelho (UFSC) - julianaufsc@gmail.com

Fernando Richartz (UFSC) - nandorichartz@hotmail.com

Resumo:

O objetivo deste estudo é analisar o comportamento dos custos do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina nos anos 2010 e 2011. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com aplicação prática, realizada por meio da coleta de dados disponibilizados pela Instituição. A abordagem do problema é quali-quantitativa e a técnica utilizada é o estudo de caso. Em relação aos 32 centros de custos, verificou-se que 6 são responsáveis por mais de 80% dos custos totais da Instituição. Destes, a Emergência representa 16,71% dos custos totais e é o centro de custo que mais consome recursos no ICSC, seguido da Hemodinâmica com 16,26%. Para estes 6 centros de custos, relacionando-se as variáveis X ("custo com pessoal", "material de consumo", "gastos gerais" e "serviços de terceiros") e Y (custo total), os resultados demonstram que: i) o centro de custo Emergência apresenta correlação positiva moderada no valor de 0,62; ii) a Hemodinâmica apresenta correlação positiva fraca de 0,25; iii) a UTI-Coronária apresenta correlação positiva fraca de 0,22; iv) o Centro Cirúrgico possui correlação positiva forte de 0,87; v) a Unidade A apresenta correlação positiva moderada de 0,34; vi) a unidade B apresenta correlação positiva forte de 0,78. Além dos 6 centros de custos já mencionados, os centros Ambulatório, Unidade Descentralizada de RH, Ecocardiografia e Reabilitação Cardíaca obtiveram índices de correlação superiores a 0,90. Por outro lado, quando analisados todos os 32 centros de custos conjuntamente, a análise de correlação apresentou índice moderado de 0,52.

Palavras-chave: Custos hospitalares. Comportamento de custos. Análise estatística

Área temática: Métodos quantitativos aplicados à gestão de custos

Comportamento de custos hospitalares: o caso do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina

Resumo

O objetivo deste estudo é analisar o comportamento dos custos do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina nos anos 2010 e 2011. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com aplicação prática, realizada por meio da coleta de dados disponibilizados pela Instituição. A abordagem do problema é quali-quantitativa e a técnica utilizada é o estudo de caso. Em relação aos 32 centros de custos, verificou-se que 6 são responsáveis por mais de 80% dos custos totais da Instituição. Destes, a Emergência representa 16,71% dos custos totais e é o centro de custo que mais consome recursos no ICSC, seguido da Hemodinâmica com 16,26%. Para estes 6 centros de custos, relacionando-se as variáveis X (“custo com pessoal”, “material de consumo”, “gastos gerais” e “serviços de terceiros”) e Y (custo total), os resultados demonstram que: i) o centro de custo Emergência apresenta correlação positiva moderada no valor de 0,62; ii) a Hemodinâmica apresenta correlação positiva fraca de 0,25; iii) a UTI-Coronária apresenta correlação positiva fraca de 0,22; iv) o Centro Cirúrgico possui correlação positiva forte de 0,87; v) a Unidade A apresenta correlação positiva moderada de 0,34; vi) a unidade B apresenta correlação positiva forte de 0,78. Além dos 6 centros de custos já mencionados, os centros Ambulatório, Unidade Descentralizada de RH, Ecocardiografia e Reabilitação Cardíaca obtiveram índices de correlação superiores a 0,90. Por outro lado, quando analisados todos os 32 centros de custos conjuntamente, a análise de correlação apresentou índice moderado de 0,52.

Palavras-chave: Custos hospitalares. Comportamento de custos. Análise estatística.

Área temática: Métodos quantitativos aplicados à gestão de custos

1 INTRODUÇÃO

As mudanças no mercado levam as empresas à implantação de instrumentos de gestão capazes de demonstrar uma visão holística da organização, cuja finalidade é conhecer os pontos fracos e fortes na busca por melhor desempenho empresarial. Neste sentido, Magretta e Stone (2002, p. 81) apresentam que [...] “a lógica subjacente da estratégia de negócio não poderia ser mais simples. Os lucros de uma empresa são as sobras após subtrair os custos das receitas.” Assim, um gerenciamento eficaz dos custos reflete, diretamente, no lucro das organizações.

Com isso, a contabilidade gerencial ganha espaço e é cada vez mais utilizada por diferentes organizações, com o foco principal de medir e gerenciar os processos organizacionais. Hansen e Mowen (2009, p. 31) corroboram a ideia da expansão da contabilidade gerencial com a afirmação de que “a necessidade de um aumento da conscientização da utilidade da informação de custos é o assunto principal da tendência do setor de serviços”.

Nas instituições hospitalares a situação não é diferente. Martins (2002) compara hospitais a grandes empresas, com seus passivos, ativos e receitas próprias. Por isso, muitos países tentam gerenciar eficientemente a oferta dos seus sistemas de saúde e controlar o custo total. Contudo, espera-se que isso seja feito sem redução da disponibilidade e da qualidade dos serviços de saúde (ROONEY; OSTENBERG, 1999).

Assegurada pela Constituição Federal, a saúde no Brasil é direito de todos e dever do Estado. Entretanto, verifica-se na prática que do total de gastos com saúde no Brasil, apenas

41,6% provém de recursos públicos, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste caso, a necessidade de um eficiente sistema de saúde hospitalar é ainda mais importante, visto que, além de tratar de saúde humana e utilizar recursos que provêm da população, os recursos se demonstram insuficientes e precisam ser complementados com recursos privados (BITTAR, 2012).

Diante desta situação, as organizações públicas precisam tomar medidas para aprimoramento da gestão dos recursos públicos. Já em meados dos anos 60, mais precisamente com alguns artigos da Lei nº 4.320/64, comentava-se a necessidade da adoção da contabilidade de custos na administração pública. No entanto, a obrigação da adoção de um sistema de custos ocorreu somente com a aprovação da Lei nº 101/2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Conforme consta no seu art. 50, §3º: “a Administração Pública manterá sistema de custos que permita a avaliação e o acompanhamento da gestão orçamentária, financeira e patrimonial” (BRASIL, 2000).

Na prática, poucos órgãos adotaram algum tipo de controle de custos e houve necessidade de regulamentação sobre o tema. Para isto, recentemente o Brasil adotou mudanças na sua legislação contábil na área Pública, por meio da Contabilidade Aplicada ao Setor Público (CASP). Essas mudanças visam também obter informações mais transparentes e em consonância com as normas internacionais. Foi adotado, portanto, a obrigatoriedade da contabilidade de custos a partir de 2012 para os órgãos e entidades do setor público em reforço a LRF (STN, 2012).

Contudo, já em 2006, na busca de melhor qualidade e em conformidade com a LRF, o Núcleo Nacional de Economia da Saúde (NUNES), do Departamento de Economia da Saúde (DES), vinculados à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde (MS) no âmbito do SUS, criou o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC). Trata-se de uma cartilha com quesitos e métodos para aplicação do sistema de custos nas organizações hospitalares da rede pública.

Foi neste contexto, baseada nos quesitos publicados pelo PNGC, que a Secretaria de Estado da Saúde (SES) de Santa Catarina iniciou o processo de implementação de um sistema de custos para sua rede pública de hospitais. Hoje a Secretaria mantém o sistema de custos implantado em todos seus 14 hospitais, entre estes, o Instituto de Cardiologia (ICSC), único hospital público desta especialidade no Estado, e que em virtude da escassez de estudos nesta área, é o objeto de estudo deste trabalho.

Assim, desde 2009, quando o ICSC implantou o setor de custos, esses dados são coletados mensalmente e transformados em informações que são repassadas para a SES. No entanto, as informações são utilizadas apenas para algumas decisões mais rotineiras. Nenhum estudo relacionado ao comportamento dos custos é realizado. Deste modo, não se conhece como se comportam os custos em situações diversas, no caso de maior ou menor atendimento, por exemplo. No entanto, os trabalhos de Crispim (2010), Scharf (2008); Duarte, Tavares e Reis (2010); Gomes, Lima e Steppan (2007); Zatta et al (2003); Crispim, Borgert e Almeida (2008) alertam para a importância de se conhecer o comportamento dos custos nas organizações.

Neste contexto, diante da ausência de estudos desta natureza, o problema a ser respondido nesta pesquisa é: como se comportam os custos no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina? Portanto, o objetivo deste estudo é identificar o comportamento dos custos no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina.

Para se alcançar o objetivo geral e consequentemente resolver a problemática deste estudo são listados os seguintes objetivos específicos: i) mapear a estrutura produtiva do ICSC; ii) identificar e caracterizar os custos do ICSC; iii) realizar testes estatísticos com os dados coletados; iv) buscar explicações para as variações no comportamento dos custos.

Este estudo justifica-se pela ausência de estudos desta natureza no ICSC. Em sua

dissertação de mestrado, Crispim (2010) pesquisou o comportamento de custos nas Instituições de saúde administradas pela SES nos anos de 2007 e 2008. No entanto, não contemplou o Instituto de Cardiologia, assim como outros sete hospitais, pois não havia setor de custos implantado nestes hospitais no período em análise.

Além do mais, este estudo serve também como um meio adicional de transparência pública. Isto porque, as análises deste estudo utilizam os dados reais dos custos gerados no serviço público da saúde do Estado de Santa Catarina. Portanto, espera-se que o conhecimento do comportamento dos custos possibilite uma aplicação mais efetiva dos recursos públicos.

2 COMPORTAMENTO DOS CUSTOS

Entender o comportamento dos custos requer o conhecimento de suas causas e da forma como são direcionados para cada objeto de custo. Neste sentido Shank e Govindarajan (1997, p. 21) afirmam que “compreender o comportamento dos custos significa compreender a complexa interação do conjunto de direcionadores de custos em ação em uma determinada situação [...]. Na contabilidade gerencial, o custo é uma função, basicamente, de um único direcionador de custos, o volume de produção”.

Para Falk (2001, p. 26) “um objeto de custo é qualquer item para o qual queremos saber o custo. Pode ser um procedimento ou paciente específico, uma categoria de pacientes, um serviço do hospital, um departamento, ou mesmo a organização inteira”. Para mensurar os custos primeiramente precisamos definir o objeto de custo.

Conhecer o comportamento dos custos pode auxiliar na análise estratégica dos custos. A tendência das organizações em geral é reduzir custos, porém autores como Shank e Govindarajan (1997) e Maher (2001) advertem a importância de se reduzir justamente naquelas atividades que não adicionam valor aos clientes. Por isso há uma tendência mundial das organizações se especializarem nas atividades que correspondem a sua atividade fim, na busca por alternativas para realização das outras atividades.

O comportamento de custos é tema de pesquisas em diversos setores. Duarte, Tavares e Reis (2010) estudaram o comportamento das variáveis dos custos de produção do café no período de formação da lavoura em relação à venda da saca de 60Kg nos anos de 1999 a 2008. Para isso utilizaram o coeficiente de correlação com intuito de analisar se os dados possuíam relação linear. Os resultados apresentam que das 22 variáveis dos custos de produção do café analisadas 16 são correlacionadas linearmente e preditas com o preço de venda, com destaque neste período de formação da lavoura para a variável “muda”, que possui 93,18% de explicação pelo preço, podendo assim, fornecer ao produtor rural, subsídios para o planejamento de seus orçamentos e um método para análises dos custos.

Em outro estudo correlato, Gomes, Lima e Steppan (2007) verificaram as variações nos custos de energia elétrica com os níveis de atividade do Setor de Radioterapia da Liga Norte-Rio-Grandense contra o Câncer. Para isto, recorreram à análise estatística de regressão, juntamente com a análise do coeficiente de determinação e de testes de significância (teste *t* e *f*). Não houve relação significativa entre custo de energia elétrica do Setor de Radioterapia e os níveis de atividade.

Por sua vez, Zatta et al (2003) procuraram evidências do comportamento de custos indiretos em relação a receita operacional líquida, numa empresa distribuidora de energia elétrica da região sudeste. Para tanto, utilizaram a técnica estatística de análise de regressão. No entanto, não encontraram relação entre a modificação dos custos fixos indiretos e a alteração da receita operacional líquida.

Mareth, Alves e Borba (2012) efetuaram um estudo que teve como objetivo construir um procedimento que auxiliasse na gestão de custos. Trata-se de um estudo aplicado e quantitativo em que foram coletados dados primários (taxas de chegada, de atendimento, de efetivação e de desistência), e esses analisados por funções estatísticas e modelagem para

processos de simulação. A conclusão principal foi um diagnóstico da eficácia desse procedimento no que se refere ao volume e nível de informação, que foi capaz de agregar informações quantificadas que permitiram uma melhor avaliação de custos, que de outra forma não seria possível, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade do serviço e da gestão dos custos.

Araújo et al. (2011) realizaram uma pesquisa com o objetivo verificar se as variações dos custos de água de uma empresa da construção civil situada na cidade do Natal/RN podem ser explicadas pelas mudanças nos níveis de atividade, expressos pelo “número de unidades construídas” e “materiais diretos”. A verificação dos dados ocorreu por meio da aplicação de métodos estatísticos a fim de determinar a existência de correlação linear entre as variáveis estudadas, bem como elaborar a função custo de cada uma dessas relações. Após a análise dos dados pôde-se concluir que realmente existe uma correlação linear forte entre as variáveis estudadas. Além disto, foi possível construir as funções custo dessas duas variáveis independentes. Portanto, pode-se prever valores do custo com a água ao analisar o número de unidades construídas ou ao utilizar o custo com os materiais diretos aplicados na obra.

Scharf, Borgert e Richartz (2011) realizaram um estudo com o objetivo de determinar o valor dos custos indiretos de produção por meio de critérios estatísticos, aplicados a um estudo de caso, em empresa do ramo têxtil situada em Santa Catarina voltada à fabricação de malhas, cujo processo produtivo se resume na tecelagem para o mercado interno. Por meio da aplicação de técnicas estatísticas para as variáveis estudadas, com destaque para as análises de correlação e regressão, os resultados demonstram que, para um intervalo de confiança de 95%, o custo médio por quilograma de malha produzido no período fica em torno de R\$ 2,21 (dois reais e vinte e um centavos), com uma variação entre R\$ 2,20 (dois reais e vinte centavos) e R\$ 2,22 (dois reais e vinte e dois centavos). Desta forma, para o intervalo citado no estudo, demonstra-se a possibilidade da aplicação de técnicas estatísticas, na determinação dos valores dos custos indiretos de produção, em prol de um “custo mais exato”.

Cruz et al. (2011) analisaram os dados relacionados ao período de junho de 2006 a março de 2010, ou seja, uma série de 46 períodos mensais, que foram coletados junto a uma cooperativa de catadores de materiais recicláveis da cidade de Curitiba/PR, com o intuito de compreender o comportamento dos custos (neste caso, fixos e variáveis). Como resultado destaca-se que o modelo obtido por meio da regressão linear múltipla entre as variáveis consideradas apresentou um coeficiente de explicação de 98%, o que indica que o comportamento do custo total pode ser explicado pelo volume de produção.

Elias et al. (2009) fizeram um estudo a respeito da utilização de critérios estatísticos de correlação e regressão para determinar os melhores critérios de rateio dos custos indiretos. Com os resultados os autores concluem que a técnica estatística utilizada é uma importante ferramenta para identificação do critério apropriado de rateio dos custos indiretos de empresas industriais.

Ainda, Anderson, Banker e Janakiraman (2003); Medeiros, Costa e Silva (2005); Kim e Prather-Kinsey (2010); Weiss (2010); Porporato e Werbin (2010) realizaram estudo de comportamento de custos com a finalidade de testar o nível de simetria dos custos. Ou seja, testaram a hipótese de que os custos aumentam mais quando a receita aumenta do que diminuem quando a receita diminui. Os estudos confirmaram esta hipótese. No entanto, Subramaniam e Weidenmier (2003) dividiram as variações da receita em níveis e constataram que os custos não apresentam comportamento assimétrico para as pequenas variações de receita, o que implica em relação linear com a receita. No entanto, quando ocorrem variações de receita em mais de dez por cento, os custos apresentam um comportamento assimétrico ou pegajoso.

Estudos sobre comportamento de custos nos hospitais são escassos. Crispim, Borgert e Almeida (2008) realizaram um estudo relacionado ao assunto num hospital geral e numa

maternidade. Como resultados, o estudo apresenta que não houve correlação entre o número de atendimentos e os custos. Após este estudo, Crispim (2010) ampliou sua base para as demais instituições de saúde administradas pela SES, nos anos de 2007 e 2008. Neste estudo se concluiu que não há variação nos custos hospitalares com o aumento ou a redução no número de atendimentos quando todos os hospitais são analisados conjuntamente.

3 METODOLOGIA

Para a realização deste artigo, primeiramente, foi realizado uma pesquisa bibliográfica sobre o assunto. Os achados são a base para construção de um entendimento à respeito dos dados coletados. Para Triviños (1987) este processo tem sua importância quando apresenta ao pesquisador respostas, limitações e dificuldades encontradas por outros pesquisadores, bem como ligações do assunto com outras áreas.

Em relação aos objetivos a pesquisa é descritiva. Para Cervo e Bervian (1983, p.55) “a pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los”. Gil (2010) acrescenta que pesquisa descritiva é a que descreve as características de determinada população e podem descobrir associações entre as variáveis. Richardson et al. (1989) defende que pesquisas descritivas devem ser elaboradas quando se deseja conhecer melhor o comportamento de diversos fatores e elementos que influem sobre determinado fenômeno, como no caso deste estudo.

A abordagem do problema é quanti-qualitativa. Uma pesquisa é ao mesmo tempo quantitativa e qualitativa, quando além da exclusividade do dado estatístico pretende-se avançar para uma interpretação mais extensiva dos resultados (TRIVINÓS, 1987). Caracteriza-se por quantitativo “tanto nas modalidades de coleta de dados quanto no seu tratamento por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio-padrão, às mais complexas como coeficiente de correlação” (RICHARDSON et al., 1989, p. 29). É qualitativa a pesquisa “por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno”. Esta metodologia de pesquisa serve também para descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis (RICHARDSON et al., 1989, p. 38).

Para a realização da pesquisa são utilizados relatórios com os valores dos custos incorridos no ICSC. Por este motivo, quanto aos procedimentos técnicos, a pesquisa se classifica como documental, pois “vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos de pesquisa” (GIL, 2010, p. 45). A técnica utilizada é o estudo de caso. O qual, de acordo com Gil (2010, p. 58), “é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira que permita o seu amplo e detalhado conhecimento [...]”. Os dados utilizados na pesquisa se classificam como secundários. De acordo com Gil (2010 p. 51) “são dados que de alguma forma já foram analisados, tais como: relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, tabelas estatísticas etc.”.

Por meio de documento escrito os relatórios do ICSC foram solicitados diretamente à instituição. O tempo amostral da pesquisa é de janeiro de 2010 a dezembro de 2011, no qual, são demonstrados os dados de 24 meses em forma de relatórios. Estes relatórios foram retirados do programa Tripice, que é uma base de dados *on line*, disponibilizada pela SES, cuja finalidade é o cálculo do custo das instituições de saúde vinculadas a SES.

Para averiguar o comportamento dos custos os dados presentes no relatório de custos do ICSC serão processados no software Microsoft Office Excel® 2007. Pretende-se com isso, buscar relações entre as variáveis e analisar se o há correlação entre a produção e os custos incorridos. As análises são basicamente de correlação linear e as variáveis utilizadas são “custos totais” e “produção”, respectivamente como variável Y (dependente) e variável X (independente). Contudo, se os resultados não forem satisfatórios (fraca ou ausência de

correlação), outras variáveis são utilizadas como variável independente. São elas: “custo com pessoal”, “material de consumo”, “gastos gerais” e “serviços de terceiros”.

As boas práticas contábeis de evidenciação do patrimônio e a contabilidade pública CASP, com a resolução do Conselho Federal de Contabilidade (CFC) 1.136/2008 - NBC T 16.9, preveem o uso de depreciação para somar no cálculo dos custos. Porém, os dados do ICSC não consideram valores de depreciação, apesar de serem obrigatórios em fatos ocorridos a partir de janeiro de 2010 (STN, 2012). Assim, esta é uma limitação deste estudo.

Outro fator limitante da pesquisa é o fato do ICSC não ter sede própria. Para seu funcionamento, se utiliza em parte das instalações do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes. Por este motivo, alguns custos são comuns aos dois hospitais e são divididos com base em rateios.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo, apresenta-se o estudo de caso, realizado no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina. Inicia-se com um pouco da história deste hospital, alguns dados estatísticos do volume de recursos e de serviços executados e o estágio atual de apuração de custos. Após isto, são apresentados os dados levantados à respeito dos custos e os resultados das análises efetuadas.

4.1 O INSTITUTO DE CARDIOLOGIA

Inaugurado em 17 de abril de 1963, pelo então governador Celso Ramos, o ICSC é um hospital público, mantido com recursos públicos e doações com fins específicos. Foi criado com o intuito de atender pacientes cardiopatas e visa se consolidar como centro de referência estadual na área assistencial, de ensino e pesquisa, além de oferecer à comunidade atendimento de diagnóstico e terapia cardiovascular.

Em relação ao porte o ICSC é considerado médio e conta com 108 leitos ativos, segregados em 10 leitos de unidade de terapia intensiva UTI-Coronária, 25 leitos de internação Unidade A, 25 leitos de internação Unidade B, 22 leitos de internação Unidade C, 2 leitos de internação Iodoterapia e 25 leitos de internação na Emergência. Além destas, possui 2 salas cirúrgicas, serviço de hemodinâmica, medicina nuclear e ambulatório especializado.

Ao todo são 456 funcionários, divididos entre os cargos de agentes de atividade de saúde, técnicos de atividade de saúde, agente de serviços gerais, médicos, técnicos em atividades administrativas, enfermeiros, nutricionistas, motoristas, assistentes sociais, fisioterapeutas, artífices para manutenção, um físico e um profissional de educação física.

Para uma gestão mais eficaz o ICSC foi dividido em centros de responsabilidade, que também podem ser chamados de setores. Cada centro possui uma chefia responsável que é subordinada à direção geral. Os centros de responsabilidade, em sua maioria, dão origem aos centros de custos. O Programa Nacional de Gestão de Custos classifica os centros de custos em três tipos: Centros de Custos Administrativos, Intermediários, Finais. Além destes, o ICSC criou o centro de custos “Externo”. Esta separação visa aglutinar centros de custos semelhantes e apresentar qual o papel de cada um na instituição.

Os centros de custo do tipo Administrativo reúnem as atividades que dão suporte à administração hospitalar, suprimento de produtos, assistência informática, manutenção da estrutura física, entre outros. O tipo Intermediário inclui os Centros de Custos que executam atividades complementares. Fazem parte deste grupo os centros de custos que prestam apoio assistencial, o centro cirúrgico, a UTI, esterilização de materiais, exames e diagnósticos, nutrição, etc. Centros de Custos Finais são representados pelos centros de custos que prestam serviço diretamente ao paciente, relacionados com o objetivo principal da instituição. E finalmente o Centro de Custo Externo é aquele que recebe custos de atividades ou serviços

prestados aos pacientes que não possuam vínculo com o hospital ou que sejam demanda de outra instituição. O Quadro 1 apresenta os centros de custos do ICSC.

Quadro 1: Centros de custos por tipo e respectivas produções.

Tipo	Centro de custos	Produção
Administrativos	Almoxarifado	Número de Requisições
	Condomínio	Metro Quadrado Útil
	Direção Geral Hospitalar	Funcionário Lotado
	Farmácia	Número de Requisições
	Informática	Hora Trabalhada
	Manutenção	Hora Trabalhada
	Transporte	Km Rodado
	Unidade Descentralizada de RH	Funcionário Lotado
Intermediário	Central Térmica	Hora de Funcionamento
	Centro Cirúrgico	Minuto Cirurgia
	Centro de Estudos	Usuário
	Centro de Material Esterilizado	Pacote Esterilizado
	Costura	Peça
	Ecocardiografia	Exame
	Eletrocardiografia	Exame
	Ergometria	Exame
	Hemodinâmica	Procedimento
	Lavanderia e Rouparia	Kg Roupas Limpas
	Medicina Nuclear	Exame
	Reabilitação Cardíaca	Atendimento Realizado
	SAME	Prontuário Manuseado
	Serviço de Nutrição e Dietética	Refeição
	Serviço Social	Atendimento Realizado
	UTI – Coronária	Paciente/dia
	Zeladoria	Metro Quadrado Limpo
Finais	Ambulatório	Atendimento Realizado
	Emergência	Atendimento Realizado
	Iodoterapia	Paciente/dia
	Unidade A	Paciente/dia
	Unidade B	Paciente/dia
	Unidade C	Paciente/dia
Externo	Externo	Indeterminado

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Os setores descritos no Quadro 1 estão classificados por centro de custo Administrativo, Intermediário, Final e Externo. O quadro apresenta também a produção relativa de cada centro de custos. De uma forma geral, o ICSC utiliza a produção como objeto de custo, ou seja, algo para qual se queira medir os custos. Por este motivo as produções são convencionadas de acordo com as características de cada setor. Logo, espera-se que estas produções possuam relação com os custos totais, aumentando ou diminuindo os custos enquanto aumenta ou diminui a produção respectivamente.

4.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS CUSTOS

O setor de custos do ICSC foi implantado em 2009. Em virtude disto, os dados analisados são relativos aos anos de 2010 e 2011 (Anexo 1). Na análise estatística dos custos do ICSC, inicialmente, duas variáveis são utilizadas no cálculo da correlação: “custos totais” e “produção”. Elas representam, respectivamente, a variável Y (dependente) e a variável X (independente). Pretende-se assim identificar as relações entre a variação da produção e sua implicação no custo total. Nos casos em que se observa ausência ou fraca correlação outras variáveis são utilizadas como variável independente (“custo com pessoal”, “material de consumo”, “gastos gerais” e “serviços de terceiros”) a fim de averiguar explicações para o

comportamento dos custos.

Para as análises, conforme já mencionado, utiliza-se o coeficiente de correlação linear de Pearson, cujo resultado varia de -1 a 1. Numa rápida interpretação, um resultado acima de 0,70, para mais ou para menos, indica uma forte correlação; 0,30 a 0,70 positivo, ou negativo indica uma correlação moderada e, de 0 a 0,30 uma fraca correlação. Cabe ressaltar que se o resultado for 0, não existe correlação entre as variáveis estudadas (BARBETTA, 2006).

Devido ao elevado número de centros de custos existentes no ICSC são estudados, de forma mais abrangente, os centros de custos: Emergência, Hemodinâmica, UTI-Coronária, Centro Cirúrgico, Unidade A, e Unidade B, visto que, estes centros representam 84,31% dos custos totais do hospital. Os demais centros de custos serão analisados conjuntamente em virtude de limitações de espaço e pela irrelevância dos custos nas análises individuais.

O centro de custo Emergência possui como unidade de produção o “atendimento realizado”, por se tratar de uma unidade de recepção inicial de pacientes e servir para tratamentos curtos ou transitórios. Desta forma, apresentam-se na Tabela 1 os dados da relação “produção” x “custos”.

Tabela 1: Emergência - estatística da variável número de atendimentos x custo total.

Resultados	
R múltiplo	0,4189822
R-Quadrado	0,1755461
R-quadrado ajustado	0,1380709
Erro padrão	185031,79
Observações	24

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

A correlação encontrada é positiva moderada no valor de 0,42. Ainda em relação a este setor, foi encontrado um ponto que se configura discrepante na observação dos dados. Este ponto é o custo do mês de julho de 2010 no qual o custo foi o dobro da média dos 24 meses e a produção foi apenas a metade. Assim, em uma análise a parte, sem este ponto, o resultado da correlação aumenta para 0,62, ou seja, um incremento de 0,2 em função da exclusão do *outlier*.

Na sequência, o segundo setor que mais consome recursos no ICSC é a Hemodinâmica. Na análise estatística, apresentada na Tabela 2, o valor de correlação da “produção” versus “custo total” é positiva e fraca, com o r de 0,25.

Tabela 2: Hemodinâmica - estatística da variável produção x custo total.

Resultados	
R múltiplo	0,249445
R-Quadrado	0,062223
R-quadrado ajustado	0,019597
Erro padrão	232262,6
Observações	24

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Apesar dos custos da Hemodinâmica serem formados majoritariamente de materiais de consumo, que são custos variáveis, não houve correlação entre maiores atendimentos e custos, talvez uma explicação para isto seja que os procedimentos realizados neste setor são os mais variados e podem custar desde centenas a vários milhares de reais. Não é assegurado, portanto, que os mesmos procedimentos se repitam todo mês, da mesma forma e na mesma proporção.

A UTI-Coronária é o terceiro Centro de Custo que mais consome recursos no ICSC. A análise de correlação do “custo total” versus “produção” apresentou um coeficiente de correlação positivo, porém muito fraco (0,08). Diante deste resultado, buscou-se outra

variável que explique de forma mais consistente os custos totais deste centro de custo. Como resultado, a variável que obteve maior correlação foi o “material de consumo” conforme os dados da Tabela 3.

Tabela 3: UTI-Coronária - estatística da variável material de consumo x custo total.

Resultados	
R múltiplo	0,2222363
R-Quadrado	0,049389
R-quadrado ajustado	0,0061794
Erro padrão	83867,041
Observações	24

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Observa-se uma correlação positiva e ainda fraca de 0,22. Embora a correlação, neste caso, ser maior que na relação com a variável “produção” percebe-se que o “custo com material” explica pouco das variações ocorridas neste centro de custo. Nesta situação, da mesma forma que o centro de custo Emergência, verifica-se que a UTI-Coronária recebe muitos custos indiretos. Nos anos de 2010 e 2011 os custos indiretos representaram 33,49% dos custos totais deste centro de custo.

Seguindo com as análises, o setor de Centro Cirúrgico possui como produção o “minuto cirúrgico”, ou seja, a soma do número de horas de cirurgias realizadas no mês multiplicado por 60 para transformar em minutos. A análise de correlação desta produção com o custo total pode ser visualizado na Tabela 4.

Tabela 4: Centro Cirúrgico - estatística da variável produção x custo total.

Resultados	
R múltiplo	0,875889536
R-Quadrado	0,767182479
R-quadrado ajustado	0,756599864
Erro padrão	67438,47604
Observações	24

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

A correlação do “custo total” com a “produção” é positiva forte, e corresponde a um coeficiente de 0,87. Este é um típico caso, no qual paralisações na produção refletem diretamente nos custos. Este centro de custo tem como fator relevante a pouca influência dos custos advindos de rateios. Numa verificação aos dados de 2010 e 2011 constata-se que somente 10,30% dos custos totais são formados por custos indiretos.

A Unidade A, assim como as demais unidades de internação, tem sua produção quantificada em “paciente/dia”, ou seja, a soma do número de pacientes diário. Para este centro de custo, quando analisada a variável “custo total” versus “produção” a correlação é positiva fraca, no valor de 0,27. No entanto, constatou-se que há uma correlação maior entre as variáveis “custo total” com os custos de “material de consumo”. Os resultados podem ser visualizados na Tabela 5.

Tabela 5: Unidade A - estatística da variável custo total x material de consumo.

Resultados	
R múltiplo	0,3453326
R-Quadrado	0,1192546
R-quadrado ajustado	0,0792207
Erro padrão	3686,0356
Observações	24

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Na análise a correlação é positiva moderada no valor de 0,34. Cabe ressaltar que a

Unidade A, assim como as Unidades B e C, recebem muitos custos indiretos. Nos anos de 2010 e 2011 estes custos compuseram respectivamente 75,49%, 78,97%, 76,72% dos custos totais das unidades mencionadas.

A unidade B assim como a unidade A tem como produção o “paciente/dia”. O coeficiente de correlação é de 0,42, indicando relação positiva moderada quando correlacionado “produção” x “custo total”. Em busca de outras variáveis que explicam melhor o custo total da Unidade B, os dados demonstram que o “custo com pessoal” apresenta índice de 0,78 de correlação com o “custo total”. O resultado da análise com custo de pessoal consta na Tabela 6.

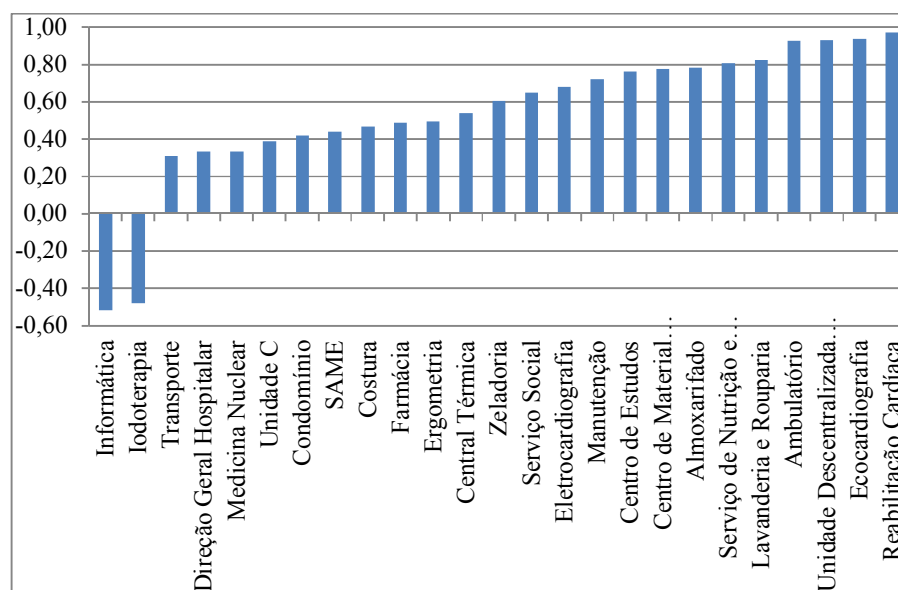
Tabela 6: Unidade B - estatística da variável custo com pessoal x custo total.

Resultados	
R múltiplo	0,782818754
R-Quadrado	0,612805202
R-quadrado ajustado	0,595205438
Erro padrão	119571,3624
Observações	24

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Além dos seis centros de custos já mencionados, os demais também foram testados. No entanto, as análises não são tão detalhadas em virtude da limitação de espaço e por não representarem parcela significativa dos custos totais do hospital. Neste sentido, foi realizada, para cada centro de custos, as análises de correlação com as variáveis “custo total” (Y) e as variáveis X “produção”, “custo com pessoal”, “material de consumo”, “gastos gerais” e “serviços de terceiros”, e apresenta-se no Figura 1 a relação de maior coeficiente para cada centro de custo.

Figura 1: Coeficiente de correlação por centro de custo.



Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Ao analisar a Figura 1, observa-se que os resultados de correlação encontrados podem ser considerados satisfatórios, ou seja, podem auxiliar no processo de tomada de decisão do ICSC. Isto porque, no geral, os índices apresentaram forte correlação. Alguns centros, como o Ambulatório, Unidade Descentralizada de RH, Ecocardiografia e Reabilitação Cardíaca obtiveram índices superiores a 0,90, ou seja, o custo deste setor é altamente relacionado com a

variável independente. Para estes centros a variável independente com maior poder explicativo foi o “custo com pessoal”.

Além das análises apresentadas até o momento, faz-se uma análise conjunta de todo hospital. Este cálculo leva em conta o valor total dos custos do hospital e também a soma das produções de todos os setores do hospital para os 24 meses da pesquisa. A variável dependente “custo total”, quando correlacionada com a variável independente “produção”, apresenta um valor de coeficiente de correlação linear de 0,30, ou seja, correlação fraca. Esta fraca correlação pode ser consequência das produções diferenciadas em cada centro de custo, ou seja, somam-se produções diferentes para calcular os coeficientes. Os diversos tipos de produções foram apresentados no Quadro 1.

Como a relação do “custo total” com a “produção” foi fraca, busca-se outra variável que explique melhor os custos totais. Assim, após todos os testes, constatou-se que o custo com pessoal é a que mais bem faz esta correlação. Os dados são apresentados na Tabela 7.

Tabela 7: Estatística do custo com pessoal x custo total do ICSC.

Resultados	
R múltiplo	0,528557809
R-Quadrado	0,279373358
R-quadrado ajustado	0,246617601
Erro padrão	642805,2741
Observações	24

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

A estatística descritiva da análise entre o “custo com pessoal” x “custo total” do ICSC demonstram um coeficiente de 0,52, apresentando-se como uma correlação positiva moderada. Um dos fatores para que esta relação apresenta-se mais forte do que a variável “produção”, possivelmente, é a representação dos gastos com pessoal dos custos totais do hospital (aproximadamente 24%).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O objetivo deste estudo é identificar o comportamento dos custos no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina. Portanto, para se alcançar o objetivo geral e consequentemente resolver a problemática deste estudo são listados os seguintes objetivos específicos: i) mapear a estrutura produtiva do ICSC; ii) identificar e caracterizar os custos do ICSC; iii) realizar testes estatísticos com os dados coletados; iv) buscar explicações para as variações no comportamento dos custos.

Após esta etapa, foram identificados os 32 centros de custos do ICSC, conforme a departamentalização funcional do hospital. Estes centros de custos são, em sua maioria, centros de responsabilidades do hospital que possuem uma chefia imediata e que efetuam um serviço específico dentro da estrutura geral. Em relação a estes centros de custos verificou-se que 6 são responsáveis pelo consumo de mais de 80% dos custos totais da Instituição. Destes, a Emergência representa 16,71% dos custos totais e é o centro de custo que mais consome recursos no ICSC, seguido da Hemodinâmica com 16,26%. Os demais centros que consomem elevada parcela de recursos são: UTI – Coronária, Centro Cirúrgico e as Unidades A e B.

Na sequência, realizaram-se análises de correlação linear por centro de custos e de forma geral, a qual considera todo o hospital. As variáveis utilizadas foram, inicialmente, “produção” versus “custo total” e em casos que não se encontrou associação significativa, outras variáveis foram utilizadas, como “custo com pessoal”, “material de consumo”, “gastos gerais” e “serviços de terceiros”.

Assim, os resultados demonstram que: i) o centro de custo Emergência (“custo total” e “produção”) apresenta correlação positiva moderada no valor de 0,62; ii) a Hemodinâmica

(“custo total” e “produção”) apresenta correlação positiva fraca de 0,25; iii) a UTI-Coronária (“produção” e “material de consumo”) apresenta correlação positiva fraca de 0,22; iv) o Centro Cirúrgico (“custo total” e “produção”) possui correlação positiva forte de 0,87; v) a Unidade A (“custo total” e “material de consumo”) apresenta correlação positiva moderada de 0,34; vi) a unidade B (“custo total” e “custo com pessoal”) apresenta correlação positiva forte de 0,78.

Além dos seis centros de custos já mencionados, os centros Ambulatório, Unidade Descentralizada de RH, Ecocardiografia e Reabilitação Cardíaca obtiveram índices de correlação superiores a 0,90, ou seja, o custo deste setor é altamente relacionado com o “custo com pessoal”.

Já a análise geral do ICSC demonstrou-se fraca, com índice de 0,30 quando correlacionados os “custos totais” com a “produção”. No entanto, quando correlacionadas a variável “custo total” com o “custo com pessoal” o índice passou para 0,52. Ou seja, neste estudo, as conclusões não confirmam as afirmações de Shank e Govindarajan (1997, p. 21) de que “na contabilidade gerencial, o custo é uma função, basicamente, de um único direcionador de custos: volume de produção”.

Para futuros trabalhos sugere-se a aplicação desta metodologia de análise de dados em hospitais privados especializados em doenças cardiovasculares, a fim de permitir a comparação dos resultados aqui encontrados versus hospitais privados. Além disto, dentro do possível, ampliar a dimensão temporal analisada neste estudo.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, Mark C.; BANKER, Rajid D.; JANAKIRAMAN, Surya N. Are selling, general and administrative costs “Sticky”? **Journal of Accounting Research**. Vol. 41, nº 1, March 2003.

ARAÚJO, Rodrigo Fonseca de; VIEIRA, Edzana Roberta Ferreira da Cunha; SEGANTINI, Giovana Tonetto; MELO, Clayton Levy Lima de. Análise do comportamento do custo com a água: estudo de caso na companhia alfa. **Pensar Contábil**, v. 13, n. 52, art. 4, p. 36-44, 2011.

BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada às ciências sociais**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2006.

BITTAR, Rodrigo. **Gasto público com Saúde no Brasil é apenas 41,6% do gasto total**. Publicado em: 14/01/2011. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/agencia/noticias/SAUDE/192463-GASTO-PUBLICO-COM-SAÚDE-NO-BRASIL-E-APENAS-41,6-DO-GASTO-TOTAL.html>>. Acesso em: 01 mar. 2012.

BRASIL. **Lei Complementar n.º 101**, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal). Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/LCP/Lcp101.htm>>. Acesso em: 18 ago. 2011.

_____. **Lei n.º 4.320**, de 17 de março de 1964. Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L4320.htm>>. Acesso em: 18 fev. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia e Saúde. **Programa nacional de gestão de custos**: manual técnico de custos – conceitos e metodologias. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica**: para uso dos estudantes universitários. 3. ed. São Paulo: Mcgraw-hill, 1983.

CRISPIM, C. H; BORGERT, A.; ALMEIDA, E. S. Análise estatística de custos em organizações hospitalares: um estudo comparativo entre Hospital Geral e Maternidade. In. XV Congresso Brasileiro de Custos. **Anais...** Curitiba: CBC, 2008.

CRISPIM, Cláudia Hernandez. **Comportamento dos custos em hospitais administrados pela secretaria de estado da saúde de Santa Catarina**. 2010. 162 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Contabilidade, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

CRUZ, June Alisson Westarb; SOUZA, Alceu; ROCHA, Daniela Torres Da; SILVA, Wesley Vieira Da; REIS, Júlio Adriano Ferreira Dos. A classificação dos custos fixos e variáveis por meio de regressão múltipla: estudo de caso em uma cooperativa de catadores de materiais recicláveis de Curitiba – pr. **Pensar Contábil**, v. 13, n. 50, art. 1, p. 5-13, 2011.

DUARTE, Sérgio Lemos; TAVARES, Marcelo; REIS, Ernando Antonio. Comportamento das variáveis dos custos de produção da cultura do café no período de formação da lavoura. Congresso USP. **Anais...** São Paulo, n., p.1-17, 01 out. 2010.

ELIAS, Zanoni Dos Santos; ALBERTON, Luiz; VICENTE, Ernesto Fernando Rodrigues; REBELLO, Marcos; BONIFÁCIO, Roseli Costa. Rateio dos custos indiretos: aplicação da análise de correlação e de regressão. **Revista de Contabilidade do Mestrado em Ciências Contábeis da UERJ**, v. 14, n. 2, art. 4, p. 51-66, 2009.

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

GIL, Antônio Carlos. Como **elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: atlas, 2010. 184 p.

GOMES, I. S.; LIMA, D. H. S.; STEPPAN, A. I. B. Análise do comportamento dos custos hospitalares indiretos: uma investigação empírica do custo hospitalar de energia elétrica no setor de radioterapia da liga norte-rio-grandense contra o câncer. In. XIV Congresso Brasileiro de Custos. **Anais...** João Pessoa: CBC, 2007.

HANSEN, Don R.; MOWEN, Maryanne M.. **Gestão de custos**: contabilidade e controle. 3. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2009. Tradução: Robert Brian Taylor.

KIM, Myungsun; PRATHER-KINSEY, Jenice. An additional source of financial analysts' earnings forecast errors: imperfect adjustments for cost behavior. **Journal of Accounting, Auditing and Finance**, v. 25, n. 1. 2010.

MAGRETTA, Joan; STONE, Nan. **O que é gerenciar e administrar**. Edição revista Rio de Janeiro: Campus, 2002. 227p.

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

MARETH, Taciana; ALVES, Tiago Wickstrom; BORBA, Gustavo Severo De. Simulação como procedimento de apoio à gestão de custos: um estudo de caso numa instituição de ensino superior.. **Revista de Administração e Contabilidade da UNISINOS**, v. 9, n. 2, p. 162-173, 2012.

MARTINS, Domingos Dos Santos. **Custeio hospitalar por atividades**. São Paulo: Altas, 2002.

MEDEIROS, Otávio R.; COSTA, Patrícia S.; SILVA, César A. T. Testes empíricos sobre o comportamento assimétrico dos custos nas empresas brasileiras. **Revista Contabilidade e Finanças**, São Paulo, p.47-56, 15 mar. 2005.

PORPORATO, Marcela; WERBIN, Eliana Mariela. Active cost management in banks: evidence of sticky costs in Argentina, Brazil and Canada. **AAA Management Accounting Section (MAS) Meeting Paper**. 2010. Disponível em: <<http://ssrn.com/abstract=1659228>> ou <<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1659228>>. Acesso em: 25 de jun. 2012.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 2. ed. São Paulo: Altas, 1989.

ROONEY, Anne L.; OSTENBERG, Paul R.V. Licenciamento, acreditação e certificação: abordagens à qualidade de serviços de saúde. **Série de aperfeiçoamento sobre a metodologia de garantia de qualidade**. Bethesda, 1999. Disponível em: <http://www.hciproject.org/sites/default/files/Licensure,%20accreditation,%20and%20certification%20Approaches%20to%20health%20services%20quality_0.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2011.

SCHARF, Luciano. **Análise estatística do comportamento dos custos indiretos de produção em uma empresa de malharia**: uma contribuição ao estudo do “custo exato”. 145 f. Dissertação (Mestrado em Contabilidade) – Programa de Pós Graduação em Contabilidade. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SCHARF, Luciano; BORGERT, Altair; RICHARTZ, Fernando. Análise estatística dos custos indiretos de produção: uma contribuição ao estudo do “custo exato”. **Revista de Contabilidade e Organizações**, v. 5, n. 12, art. 7, p. 135-156, 2011

SHANK, John K; GOVINDARAJAN, Vijay. **A revolução dos custos**: como reinventar e redefinir sua estratégia de custos para vencer em mercados crescentemente competitivos. 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

STN – Secretaria do Governo Nacional. **Legislação sobre Contabilidade Governamental**. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/legislacao/leg_contabilidade.asp>. Acesso em: 05 de jan. de 2012.

SUBRAMANIAM, Chandra; WEIDENMIER, Marcia L.. Additional evidence on the sticky behavior of costs. **Social Science Research Network**, 2003. Disponível em: <<http://ssrn.com/abstract=369941>>. Acesso em: 25 de jun. 2012.

TRIVINÕS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Altas, 1987.

WEISS, Dan. Cost behavior and analysts’ earnings forecasts. **The Accounting Review**, v. 85, n. 4, July 2010.

ZATTA, F. N. et al. A relação dos custos indiretos (fixos) com a receita operacional líquida – um estudo de caso no setor elétrico. In. X Congresso Brasileiro de Custos. **Anais...** Espírito Santo: CBC, 2003.

Anexo 1: Custos diretos e indiretos totais dos 24 meses observados

Centro de Custo	Custo Direto				Custo Indireto	Custo Total
	Pessoal	Material de Consumo	Serviços de Terceiros	Custos Gerais		
Emergência	6.964.894	1.246.348	1.676.092	135.499	22.706.582	32.729.415
Hemodinâmica	3.821.449	25.016.232	1.794.146	119.255	1.100.548	31.851.629
Externo	220.908	26.771	29.133	3.326	25.169.045	25.449.183
UTI – Coronária	8.051.608	1.774.936	1.482.180	152.615	5.770.946	17.232.285
Centro Cirúrgico	5.693.763	8.272.197	916.183	472.959	1.763.252	17.118.354
Unidade A	2.882.027	428.152	452.008	103.702	11.908.887	15.774.775
Unidade C	2.297.555	295.759	340.842	99.644	11.392.089	14.425.889
Unidade B	1.782.491	381.052	297.140	3.560	8.118.962	10.583.206
Ambulatório	3.394.681	130.806	452.320	63.941	644.886	4.686.634
Serviço de Nutrição e Dietética	353.571	45.977	2.849.673	20.157	162.591	3.431.969
Direção Geral Hospitalar	2.240.727	25.349	385.757	54.187	539.531	3.245.552
Medicina Nuclear	1.504.492	752.629	613.082	68.620	294.141	3.232.965
Zeladoria	62.687	217.445	1.639.642	16.940	75.105	2.011.819
Centro de Material Esterilizado	975.759	217.772	12.802	68.498	396.173	1.671.004
Farmácia	1.201.632	44.752	37.791	36.156	252.650	1.572.982
Condomínio	-	-	1.226.628	-	39.529	1.266.156
Ecocardiografia	791.537	2	36.301	15.921	87.023	930.785
Almoxarifado	616.809	14.755	41.241	22.339	234.266	929.412
Lavanderia e Rouparia	178.108	49.507	555.264	4.031	37.754	824.665
Eletrocardiografia	639.467	-	4.352	13.665	100.883	758.367
Unidade Descentralizada de RH	505.875	1.078	46.862	13.149	162.665	729.628
SAME	99.038	-	525.801	-	58.151	682.990
Central Térmica	-	-	671.519	-	7.304	678.823
Manutenção	376.654	32.936	65.437	26.252	121.301	622.581
Reabilitação Cardíaca	446.030	5.466	14.512	6.739	121.835	594.582
Transporte	360.039	51.096	73.198	4.114	82.586	571.033
Serviço Social	426.539	433	17.183	20.372	97.951	562.478
Ergometria	354.884	-	14.463	15.219	100.216	484.782
Iodoterapia	172.922	83.977	132.819	12.933	80.967	483.618
Centro de Estudos	275.214	907	26.652	19.387	43.770	365.929
Costura	743	89.364	117.637	-	941	208.684
Informática	74.403	39.839	19.944	9.646	41.443	185.275
Total	46.766.505	39.245.539	16.568.601	1.602.829	91.713.972	195.897.446