



**IV SINGEP**

**Simpósio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade**

**International Symposium on Project Management, Innovation and Sustainability**

ISSN: 2317 - 8302

# **IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DOS CENTROS DE CUSTOS COMO FATOR DE GESTÃO EM UM HOSPITAL DE ADMINISTRAÇÃO DIRETA**

**CLAUDIA DA CUNHA KOMATA**

UNINOVE – Universidade Nove de Julho

clau.komata@gmail.com

**CHENNYFER DOBBINS PAES DA ROSA**

UNINOVE – Universidade Nove de Julho

chennyferr@yahoo.com.br



## IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DOS CENTROS DE CUSTOS COMO FATOR DE GESTÃO EM UM HOSPITAL DE ADMINISTRAÇÃO DIRETA

### Resumo

O setor saúde no Brasil torna a gestão de custos uma ferramenta imprescindível, com a ausência de informações de custos de forma padronizada e adequada para tomada de decisões, é um dos fatores críticos para ineficiência do setor. A Contabilidade de custos fornece informações financeiras e gerenciais, principalmente nas situações em que os recursos são escassos e a necessidade de qualidade do serviço prestado é primordial.

O presente trabalho teve como objetivo analisar implantação dos centros de custos, que é a subdivisão dos departamentos/setores do hospital. Devido o método de custeio ser uma ferramenta importante para geração de informação na tomada de decisões, deve ser compatível com os objetivos e características da organização. O método utilizado foi por absorção, porque apresenta vantagens, aloca tanto os custos diretos quanto os indiretos e é menos custoso na implantação. Buscando assim o propósito de priorizar a eficiência, qualidade e transparência na utilização dos recursos públicos e a qualidade da assistência aos usuários do SUS.

**Palavras-chave:** custos hospitalar, centro de custos, gerenciamento de custos.

### Abstract

The health sector in Brazil makes the cost management an indispensable tool, the lack of cost information in a standardized and suitable manner for decision making, a critical factor to the inefficiency of the sector. Cost accounting provides information financial and management, but especially where resources are scarce and the need for quality service is paramount, this is the case of health specifically.

Therefore, this study aimed to implement of costs centres, which is a subdivision of the department / hospital sectors. Because the costing method to be important tools for the generation of information for decision making, compatible with the objectives and characteristics of organizations. The method used was by absorption, because it has advantages, allocate costs both direct and indirect costs and be less costly to implement. Thus seeking the purpose of giving priority to efficiency, quality and transparency in the use of public resources and quality of care to users of SUS.

**Keywords:** Hospital costs, costs centres, cost management.



## **1 Introdução**

Esse relato técnico retrata a implantação de um sistema custos em um Hospital Público, de administração direta, fundado há mais de 75 anos, caracterizado como geral de grande porte, referência em traumaortopedia e neurologia. O custo em um hospital tem por objetivo primeiro a gestão do internamento, conhecer o processo e poder intervir em tempo hábil.

Os relatórios de custo surgiram por necessidade empresarial de se apropriar as fases de produção para identificar pontos passíveis de intervenção, visando à otimização dos recursos utilizados, diminuição dos gastos e aumento das chances competitivas no mercado.

As instituições hospitalares são consideradas um universo complexo, De Rochi (1989), atribui cinco grandes funções: prevenção, reabilitação, restauração e ensino/pesquisa. Segundo De Rocchi (1982), a heterogeneidade da assistência requer uma apuração e análise dos custos hospitalares por área, para isso é preciso uma perfeita delimitação dos centros de custos e um eficiente sistema de informações contábeis.

Devido à globalização e a multiplicidade de fatores intrínsecos à administração hospitalar, é preciso informações de custos, em tempo oportuno e com relativa facilidade, pois este se caracteriza por um conjunto coordenado de procedimentos, regras de avaliação e de apropriação, e de princípios, que propiciam a coletar dados dos inúmeros processos envolvidos na assistência e transformá-los em informações úteis, segundo Leone (1994). Cardoso Neto (1985), diz que “devido às necessidades de informações para controle e decisão, além da avaliação de estoques, as empresas devem adotar um sistema de custos”.

Com o gerenciamento dos custos é possível responder às perguntas como: Quanto custa a diária de um paciente? Consulta do Pronto Socorro? Cirurgia por hora ou por Quantidade? O atendimento no ambulatório? Os exames de diagnóstico? É viável manter esse serviço público ou terceirizá-lo? O Gerenciamento do custo vai além, permite a utilização de forma racional dos recursos disponíveis e agrega valor e melhora a qualidade da assistência.

## **2 Referencial Teórico**

Gersdorff (1980) definiu as funções que os custos podem subsidiar na tomada de decisões do gestor, contribuindo com a segurança nas definições táticas e estratégicas de enfrentamento à redução de custos e eliminação de desperdícios ao comparar os processos de produção aos recursos envolvidos resultando em uma resposta sobre a vantagem ou não, de se produzir todos os serviços no próprio hospital ou repassá-los para parceiros terceirizados. Planejamento dos serviços assistenciais contribuem com o orçamento, custos-metas e custos padrão e com o cálculo dos valores cobrados aos pacientes, definindo o preço de venda mínimo dos serviços prestados, a separação dos custos através dos dispêndios referentes a cada função do hospital (reabilitação, prevenção, restauração, ensino e pesquisa) controlados separadamente.

Conforme Horngren (2000), gerenciamento de custos é um conjunto de ações que os gestores tomam para satisfazer os clientes enquanto, continuamente, reduzem e controlam os custos. Já Grabois (1995), preconiza que a prática gerencial é tida como crítica e estratégica para o enfrentamento das demandas e desafios. Segundo Fernandes (1993), os serviços hospitalares são realizados em unidades ou setores, os quais recebem custos diretos e indiretos e transferências interseccionais, ou seja, elaboração dos centros de custos, considerados como ponto de referência da comercialização dos bens, além dos centros necessários para isolar



custos rateáveis ou não. Para Sá & Sá (1995), centros de custos é uma subdivisão técnica utilizada contabilmente para que se consiga divisão dos custos indiretos do exercício, observando-se as unidades de gestão e controle. Logo, os centros de custos podem ser definidos como aquelas unidades que se caracterizam por realizar atividades homogêneas dentro do processo produtivo da organização. Pode-se entender por homogeneidade: “Um agrupamento real ou ideal de meios materiais e humanos agindo com a mesma finalidade usando os mesmos meios, participando das mesmas despesas e possuindo pois, aproximadamente as mesmas características”, conforme Selig (1993).

Padoveze (2006) define o método de custeio como “o processo de identificar o custo unitário de um produto ou serviço ou de todos os produtos e serviços de uma empresa, partindo do total dos custos diretos e indiretos”. Vários são os métodos de custeio desenvolvidos pela contabilidade de custos, como: o tradicional método de custeio por absorção, o custeio baseado em atividades (*Activity Based Costing*), RKW e o custeio variável.

Segundo Nascimento (2001), o método de custeio por absorção “consiste em imputar ao produto final ou à produção todos os seus custos variáveis diretos mais os custos indiretos e fixos”. Para Bornia (2002), há duas vertentes no custeio por absorção que são: por absorção integral ou total e custeio por absorção ideal. No custeio por absorção integral todos os custos de produção incorridos são alocados aos objetos de custeio. No custeio por absorção ideal também os custos de produção incorridos são alocados aos objetos de custeio, mas com a exclusão dos desperdícios. Megliorini (2012), custeio por absorção todos os custos são rateados aos produtos, atendendo às disposições legais.

O sistema de Custo Baseado em Atividades (*Activity Based Costing - ABC*) baseia-se na visão sistêmica da empresa e a fragmentação destes sistemas ou processos em atividades. Para Nakagawa (1994), o método ABC incorre em mudanças das bases de alocação de custos, pela identificação que faz dos custos por atividades da maneira como aloca os custos aos bens e serviços a partir do maior número de bases.

O método RKW ou das seções homogêneas divide a empresa em centros de custos. Os custos são alocados aos centros por intermédio de bases de distribuição e, em seguida, repassados aos bens ou serviços por unidade de trabalho. Para Bornia (2010), os centros de custos são criados conforme o organograma da empresa, onde cada setor pode ser um centro de custos, isso influencia diretamente na qualidade da alocação dos custos aos bens ou serviços.

Megliorini (2012), no custeio variável, o custo fixo não sofre variação, mesmo que não haja produção, já os custos variáveis alteram de acordo com o volume de produção, possui uma estrutura para atender a administração da empresa. No custeio variável, segundo Bernardi (1996), é possível obter a margem de contribuição, com a diferença entre o valor das receitas e os custos variáveis de venda, o que permite avaliar o quanto um serviço ou produto contribui para pagar os custos fixos, despesas fixas e gerar lucro.

Em 2007, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), implantou o SIGH Custos, que é um módulo do Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH) desenvolvido para dar suporte informatizado ao Sistema de Gerenciamento dos Custos Hospitalares. Com a implantação além dos relatórios gerenciais, obtiveram outros benefícios como incorporação da cultura de custos na rotina de trabalho das equipes da instituição, integração do trabalho desenvolvido nos diversos setores pelo fortalecimento do processo de comunicações e troca de informação entre eles, envolvimento da direção de forma a melhorar



o gerenciamento das informações e ações gerenciais possibilitando uma melhora na qualidade assistencial.

Em 2013, Vaz, Martins, Santos e Chain, publicaram sobre a reestruturação do Departamento de Custos de uma Instituição Hospitalar do Sul de Minas Gerais, os mesmos concluíram que a reestruturação do Departamento de Custos permitiu uma nova perspectiva no âmbito gerencial para a instituição, viabilizando aos gestores analisar quais serviços eram rentáveis e quais davam prejuízos para a instituição. Informações como Margem de Contribuição e Ponto de equilíbrio pôde ser visualizada gerando dados para os meses em projeção.

Os custos das diárias e serviços foram avaliados em comparação com a produção do mês, e de posse desta informação, os custos foram absorvidos por cada centro de custos permitindo aos gestores a avaliação dos custos por departamento. Sendo assim, possíveis decisões como terceirizações de etapas do processo foram possíveis. Verificou-se ainda que uma das grandes vantagens de um sistema de custeio apresenta-se no tocante às negociações com os convênios, pois essa reestruturação realizada possibilita meios para que os gestores possam progredir nesse sentido.

### 3 Metodologia

A Unidade Hospitalar a qual este estudo se refere faz parte do organograma pertencente à Secretaria de Estado da Saúde com subordinação direta à Coordenadoria de Serviços de Saúde. Seus 43.000m<sup>2</sup> de área construída situam-se em uma área de 120.000m<sup>2</sup>, sendo composta por dois prédios principais e alguns anexos. É referência para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA) da região, é caracterizado como Hospital Geral de grande porte de nível terciário, dispõe de 400 leitos, é referência em traumaortopedia e neurologia é campo de ensino em diversas áreas como medicina, enfermagem, nutrição e alguns cursos de nível técnico. O atendimento na instituição é do tipo “porta aberta”, realiza em média 16.000 atendimentos de pronto socorro/mês, 230 partos, 750 cirurgias e 1.486 saídas hospitalares/mês. O corpo clínico é composto por mais de trinta especialidades, direcionadas à assistência e ao desenvolvimento de ensino e pesquisa. A equipe de trabalho é formada por uma média de 2.000 colaboradores, divididos em áreas multidisciplinares. Destes, 84 são residentes médicos e 500 são prestadores de serviços de empresas terceirizadas, que realizam as funções extrínsecas à assistência. Através da gerência de ensino e pesquisa, monitora em média/mês 800 estagiários e 140 internos do curso de medicina.

A Coordenadoria de Serviços de Saúde determinou a implantação dos centros de custos como ferramenta de avaliação de desempenho do Hospital, com o intuito de verificar a factibilidade e vantajosidade de se ter atividades próprias ou terceirizá-las, visto que gastos com mão de obra e suprimentos têm um grande impacto no orçamentário do governo.

Yin (2005) sugere estudo de caso como estratégia ideal quando o problema de pesquisa apresenta questões do tipo “como” e “por que”, lida com uma ampla variedade de evidências – documentos, artefatos, entrevistas e observações. Por meio de uma pesquisa exploratória e qualitativa obteremos os dados. De acordo com Martins (2004), a pesquisa exploratória privilegia a análise de microprocessos através de um exame intensivo dos dados. Para Cervo e Bervian (1996), a pesquisa exploratória é responsável por observar, registrar, analisar e correlacionar os fatos ou fenômenos sem manipulá-los.



Demos início a reuniões com as gerências da unidade para conscientizarmos da importância dos custos, logo após fizemos um levantamento da situação de cada um dos setores do hospital com visitas e entrevistas. Após, às entrevistas e análises, decidiu-se que o método a ser utilizado seria por absorção, conforme Frega, Lemos e Souza (2007) é ainda o mais amplamente utilizado como único sistema de custeio, principalmente por ser instituído por força da legislação e pelas restrições de recursos que seriam demandados para a implantação de um sistema de custeio paralelo. Segundo Martins (2003), o custeio por absorção é um método desenvolvido a partir da aplicação dos conceitos básicos da contabilidade clássica e que consiste na apropriação de todos os custos de produção aos produtos produzidos, assim como todos os demais gastos relativos ao esforço aplicado na produção. Kaplan e Cooper (1998) defendem que este método separa as despesas dos custos, apropriando os custos indiretos por meio de rateio e os custos diretos aos produtos.

Com esta metodologia poderemos identificar o custo de uma unidade produtiva, por exemplo: uma hora, ou de outra unidade de medida conforme a produção do setor, a partir da transferência de todos os custos fixos, diretos e indiretos. Os custos fixos são alocados de forma direta e sem sofrer rateio, os custos de apoio e administrativos são apropriados com base em critérios de distribuição. Ressaltamos que esta metodologia se traduz em custos diferentes para o mesmo serviço fornecido aos diversos centros de custo, em função de sua estrutura e utilização.

O planejamento fora realizado de acordo com a Resolução nº 4/71, que determina que os centros de custos sejam todos aqueles que integram os serviços de apoio de um hospital e que além de trocarem serviços entre si, trabalham principalmente para os centros de custos intermediários, especiais e de produção, determinamos, portanto que os referidos seriam classificados como administrativos auxiliares e produtivos. Segue explicação dos mesmos:

**Centro de Custo Administrativo** são todos os setores que participam das atividades gerenciais e decisórias de uma organização. Por exemplo; Diretoria Técnica de Departamento, Gerência de Clínica Médica, Gerência de Clínica Cirúrgica, Gerência de Enfermagem, Gerência de Apoio Técnico, Gerência de Suprimentos Finanças, Gerência de Infraestrutura, Gerência Recursos Humanos, Gerência do Pronto Socorro, Faturamento, Ouvidoria, Creche, Custos Hospitalares, Compras, Finanças, Informática e outros.

**Centros de Custos Auxiliares de Produção** como o próprio nome diz são os setores que auxiliam ou apoiam para que os produtivos funcionem. Por exemplo: Administração da Frota, Almojarifado/Suprimentos, Centro de Material Esterilizado, Farmácia, Núcleo de Arquivo Médico e Internação, Gráfica, Lavanderia/Rouparia, Limpeza e Jardinagem, Vigilância Patrimonial, Manutenção de Equipamentos/Predial, Serviço de Nutrição e Dietética, todos os exames, Vigilância Epidemiológica, Educação Continuada, Necrotério e outros.

**Centros de Custos Produtivos** são os setores que efetivamente prestam serviços. Por exemplo: Unidade Internação Clínica Médica, Unidade de Internação de Cirurgia, UTI Adulto, Unidade Semi-intensiva, Pronto Socorro Adulto, Centro Cirúrgico.

É importante ainda distinguir custos fixos, variáveis, diretos e os indiretos. Custos fixos são aqueles que não variam em função do volume do serviço prestado, é o oposto dos custos variáveis. Os custos diretos são aqueles alocados diretamente ao centro de custo ou do procedimento, são opostos aos indiretos. Os custos indiretos (variáveis e fixos), que não foram alocados diretamente, definem-se os critérios de rateio. Por exemplo, gasto da água, energia elétrica, gases medicinais e telefone se não houver um tarifador.

Alguns centros de custos administrativos, como por exemplo: faturamento, núcleo de custos, finanças, gestão de contratos, não têm como rateá-los por critérios científicos, o



método adotado foi através do % gastos sobre os custos diretos. Os centros de custos gerenciais foram rateados pelo número de funcionários que a gerência possui.

O centro de custos auxiliares ou de apoio rateará as suas despesas conforme a sua produção, conforme veremos os critérios adotados na figura 1.

Escritório de Qualidade	% custos diretos
Almoxarifado/Suprimentos	Itens solicitados
Lavanderia e Rouparia	Kg de roupa suja
Administração Sub-frota	Km rodados
Vigilância Patrimonial	M <sup>2</sup>
Limpeza e Jardinagem	M <sup>2</sup> por criticidade
Necrotério	Número de óbitos
Educação Continuada	Número de pessoas da enfermagem
Núcleo de Arquivo Médico	Número de prontuários
Núcleo de Internação	Número de saídas
Manutenção de Equipamentos e Predial.	Quantidade de atendimento
Todos os exames (Radiologia, Ressonância e outros)	Quantidade de exame
Gráfica	Quantidade de impressos
Farmácia	Quantidade de medicamentos
Fisioterapia	Quantidade de procedimentos
Comunicações (PABX)	Quantidade de ramal
Serviço de Nutrição e Dietética	Quantidade de refeições

Figura 1 – Centro Custo e critério de rateio

Fonte: elaborado pelo autor

Custo total se dá através da soma dos custos fixos e variáveis. Nascimento (2001) o definiu como “o somatório de todos os dispêndios realizados ou dos custos imputados à produção e comercialização de um novo bem ou serviço em determinado período”.

#### 4 Resultados obtidos e análise

Com o gerenciamento dos custos é possível: verificar como os recursos humanos, materiais e tecnológicos estão sendo utilizados; analisar os serviços prestados e produzidos; rastrear os custos por unidades operacionais (departamentos, divisões) e por objeto (paciente e tipo de serviço); construindo uma estrutura de informações suficiente para a compreensão dos processos gerenciais internos na perspectiva dos custos e sua correlação com os serviços prestados e com os demais indicadores assistenciais. Enfim, a informação de custos é utilizada como ferramenta de suporte da qualidade do gasto público no setor saúde. Análise das informações geradas, utilizando-as como indicadores de resultados e indicadores de processos, numa dimensão não apenas financeira, auxilia nas tomadas de decisões gerenciais.

Na implantação dos custos conseguimos saber quanto custou os nossos serviços e dessa forma poderemos ser comparados aos outros hospitais públicos ou comparados com as organizações sociais. Analisar a viabilidade de se manter um serviço ou não. As metodologias



utilizadas na apuração dos custos foram os métodos por absorção. Na alocação dos custos dentro dos setores usamos o método por absorção e outros setores usaram o método por ABC.

Na figura 2, mostra a distribuição dos custos antes e após a implantação. Notaremos que após a implantação os serviços de terceiros foi dividido serviços de terceiros pessoal e serviços de terceiros material, por exemplo: o contrato da refeição foi distribuído em 37% para material e 63% para o pessoal, no contrato de vigilância e portaria 100% para pessoal, o contrato de limpeza dividiu-se em 74% pessoal e 26% para material e contrato da lavanderia em 43% pessoal e 57% para material.

CUSTOS COM MATERIAIS	Dezembro/2007	%	Dezembro/2014	%
MAT. CONSUMO ENFERMAGEM	839.416,87	9,01	1.052.575,44	7,33
MEDICAMENTOS	273.048,52	2,93	1.004.824,17	6,99
SERVIÇO DE TERCEIROS- MATERIAL			462.875,60	3,22
OUTROS	405.104,44	4,35	614.605,26	4,28
TOTAL DOS CUSTOS COM MATERIAL	1.517.569,83	16,29	3.134.880,47	21,82
CUSTOS COM PESSOAL	Dezembro/2007	%	Dezembro/2014	%
SALÁRIO	5.908.587,61	63,43	8.923.119,24	62,10
VALE TRANSPORTE	17.389,10	0,19	12.204,01	0,08
SERVIÇO DE TERCEIRO – PESSOAL			1.919.759,50	13,36
TOTAL DOS CUSTOS COM PESSOAL	5.925.976,71	63,61	10.855.082,75	75,55
CUSTOS GERAIS	Dezembro/2007	%	Dezembro/2014	%
TELEFONES	5.893,00	0,06	8.986,04	0,06
REFEIÇÃO PACIENTE / ACOMPAN.	242.970,03	2,61		
REFEIÇÃO FUNCIONÁRIO	73.200,88	0,79		
LIMPEZA	246.262,56	2,64		
VIGILÂNCIA	150.255,00	1,61		
LAVANDERIA ROUPARIA	92.448,52	0,99		
OUTROS	699.266,05	7,51	97.210,38	0,68
TOTAL DOS CUSTOS GERAIS	1.510.296,04	16,21	106.196,42	0,74
CUSTOS INDIRETOS	Dezembro/2007	%	Dezembro/2014	%
ÁGUA	240.863,78	2,59	166.344,60	1,16
TELEFONE PABX	22.384,18	0,24	4.531,75	0,03
ENERGIA ELÉTRICA	66.845,13	0,72	94.343,06	0,66
SERV. DE MAN. E CONSERVAÇÃO IND			69,87	0,05
GÁS NATURAL	31.637,53	0,34		0,00
TOTAL DOS CUSTOS INDIRETOS	361.730,62	3,88	272.389,28	1,90
TOTAL CUSTO DIRETO	8.953.842,58	96,12	14.096.159,64	98,10
TOTAL CUSTO INDIRETO	361.730,62	3,88	272.389,28	1,90
TOTAL GERAL	9.315.573,20	100,00	14.368.548,92	100,00

Figura 2 – Quadro da distribuição dos custos antes e após a implantação.

Fonte: elaborado pelo autor.

Obtivemos alguns resultados como:

Custo real da diária de um período é mensurado através do custo total da unidade de internação a qual estamos analisando, dividindo pelo número de pacientes internados nesse período;

Centro Cirúrgico pode ser analisado por horas de utilização ou por número de cirurgias; que seria através do seu custo total do centro cirúrgico dividido pelo número de horas que





utilizamos o centro cirúrgico no período analisado, ou dividimos pela quantidade de cirurgias efetuadas no período;

Valor da uma consulta no Pronto Socorro é dado através da divisão do seu custo total pelo número de atendimentos.

Valor dos exames é dado pelo custo total dos exames, divididos pela quantidade de exames realizados;

Valor do Km rodado da frota é dado pelo custo total dividido pelos quilômetros rodados.

## **5 Conclusão/Considerações finais**

Em 2007 tínhamos uma média de 1400 internações, sendo que nesse período foi realizada uma média de 479 cirurgias por mês, com uma taxa de ocupação de 90,4% e uma média de permanência institucional de 7,11 dias. Em 2014 tivemos uma média de 1586 internações, sendo que nesse período foram feitas, uma média de 536 cirurgias por mês, taxa de ocupação 87,78% e média de permanência institucional de 7,29 dias. Isto implica em atendimentos de casos mais agudos e que, portanto, tendem a consumir recursos de maneira mais intensiva.

As razões que podem levar ao aumento dos custos hospitalares podem estar relacionadas ao aumento do consumo de materiais e medicamentos hospitalares, assim como a variação de seus valores no mercado. A grande maioria destes produtos é de utilização constante, baixa vida útil e elevados preços de aquisição, como sondas, cateteres, drenos, fios cirúrgicos, fixadores externos, curativos, nutrição parenteral e outros. Estes custos podem variar, dependendo da magnitude do trauma e do tempo de permanência hospitalar, exigindo abordagem diferenciada.

Importante ressaltar que a decisão dos bens e serviços a serem empregados no processo assistencial é de competência da equipe de saúde, em especial do médico. Assim o conhecimento gerencial de custos por esses profissionais é fator preponderante para o sucesso. As dificuldades são muitas para implantar um sistema de custos gerenciais. Uma das dificuldades encontradas na implantação e manutenção de um sistema de custos hospitalares, relaciona-se a pequena qualificação e falta de treinamento continuado de pessoal administrativo. No entanto, houve a incorporação da cultura de custos na rotina de trabalho das equipes da instituição, integração do trabalho desenvolvido nos diversos setores pelo fortalecimento do processo de comunicação e troca de informação entre eles, identificação e análise dos processos ou atividades tanto assistenciais quanto administrativos, cujo custo deveria ser analisado de forma mais eficaz, envolvimento da direção de forma a melhorar o gerenciamento das informações e das ações gerenciais possibilitando maior ganho na qualidade da assistência.

A racionalização dos gastos e contenção dos custos deve considerar a integração das equipes de saúde e administrativa nas suas diferentes áreas do saber. A visão que deve prevalecer é a multidisciplinar, considerando principalmente, que na área da saúde os resultados não se medem simplesmente por ganhos econômicos. Numa instituição de saúde, o resultado social é mais importante que o financeiro, mesmo assim, não se prescinde de um sistema de informações que permita ampla visão e gerenciamento dos custos das atividades desenvolvidas.

A gestão de custos ganha destaque, principalmente se considerarmos que recursos escassos bem gerenciados podem render mais. A consequência, imediata e mais importante, é o aumento da qualidade.



## 6 Referências

- Abbas, K. (2001, maio). Gestão de Custos em Organizações Hospitalares.
- Abbas, K., Lezana, Á. G. R. & Menezes, E. A. (2002, maio/ago). Apuração dos custos nas organizações hospitalares: o método ABC aplicado no serviço de processamento de roupas de um hospital. Rev. FAE. Curitiba. (vol.5, n.2, pp.77-97).
- Bernardi, I. A. (1996). Política e formação de preços. São Paulo: Atlas.
- Beuren, I. M.; Schlindwein, N.F. (2008, mai/ago). Uso do custeio por absorção e do sistema RKW para gerar informações gerenciais: Um estudo de caso em hospital. Revista ABCustos Associação Brasileira de Custos. (Vol. III, n° 2).
- Bornia, A. C. (2010). Análise gerencial de custos: aplicação em empresas modernas. (3ª Ed.). São Paulo: Atlas.
- Cardoso Neto, F. (1985). Contabilidade de custos: sistemas, técnicas de apropriação e gestão. São Paulo: Saraiva.
- Cartilha Gestão de Custos Hospitalares – FHEMIG - a versão em html do arquivo [http://www.fhemig.mg.gov.br/en/downloads/doc\\_download/357-cartilha-gestao-de-custos-hospitalares](http://www.fhemig.mg.gov.br/en/downloads/doc_download/357-cartilha-gestao-de-custos-hospitalares)
- Conselho Interministerial de Preços. Resolução nº 4 de 13 de janeiro de 1971. Dispõe sobre a padronização e a necessidade de custos hospitalares. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2abr. 1971.
- Dallora, M. E. L. V. & Forster, A. C. (2008, abr/jun). A importância da gestão de custos em hospitais de ensino – considerações teóricas. Medicina (Ribeirão Preto), 41(2), 135-42. <http://www.fmrp.usp.br/revista>
- De Rochi, C. A. (1982, abr/jun). Apuração de custos nos estabelecimentos hospitalares. Revista Brasileira de Contabilidade, Rio de Janeiro, (vol. 12, n. 41, pp. 19-25).
- Fernandes, L. O. (1993). Custo hospitalar. São Paulo: LN Impressos Padronizados.
- Francisco, I. M. F. & Castilho, V. (2002). A enfermagem e o gerenciamento de custos. Revista Escola Enfermagem USP, 36(3), 240-4.
- Frega, J.R.; Lemos, I. S. e Souza, A. (2007). Relação dinâmica entre as estratégias competitivas e os sistemas de gestão de custos: um estudo de caso. In: ENANPAD, 31. Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: ANPAD.
- Garrison, R. H. & Noreen, E. W. (2001). Contabilidade gerencial. (9ª ed.). Rio de Janeiro: LTC.



- Gersdorff, R. C. J. V. (1980). A contabilidade de custos no Brasil – Qual seria um sistema prático, simples, eficaz? Revista Brasileira de Contabilidade. Brasília. (n.33, pp.34-46).
- Gonçalves, M. A., Teixeira, L. A. A., Gonçalves, C. A., Souza, A. A., Barbosa, F. V. & Frois, E. S. (1998). Gestão Estratégica de Informações baseada em Custos – Um estudo de aplicação no Setor de Serviços.
- Horngren C. T., Foster G. & Datar, S. M. (2000). Contabilidade de Custos. (9ª ed.). Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos.
- Kaplan, R. & Cooper, R. (1998). Custo e desempenho. São Paulo: Futura.
- Kaplan, R.S. & Johnson, H. T. (1993). Contabilidade Gerencial. Rio de Janeiro: Campus.
- Leone, G. (1984). Custos: planejamento, implantação e controle. São Paulo: Atlas.
- Lourenço, K. G. & Castilho, V. (2006, jan/fev). Classificação ABC dos materiais: uma ferramenta gerencial de custos de enfermagem. Rev. Brasileira de Enfermagem; 59(1), 52-5.
- Madeira, G. J. & Teixeira, M. F. (2004, dezembro). Custos hospitalares – uma proposta de implantação. Contab. Vista & Ver. Belo Horizonte. (vol. 15, n. 3, pp. 45-61).
- Megliorini, E. (2012). Custos: análise e gestão. 3. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Nakagawa, M. (1994). ABC: custeio baseado em atividades. São Paulo: Atlas.
- Nascimento, J. M. (2001). Custos (2ª ed.). Atlas.
- Padoveze, C. L. (2006). Curso básico gerencial de custos. (2ª ed.). São Paulo: Pioneira Thompson Learning.
- SÁ, A. L. & SÁ, A. M. L. (1995). Dicionário de contabilidade. São Paulo: Atlas.
- SELIG, P. M. (1993). Gerência e avaliação do valor agregado empresarial. Tese Doutorado em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Vaz, J. M., Martins, C. M. F., Santos, N. L. & Chain, C. P. (2013, mai./ago). Reestruturação do Departamento de Custos de uma Instituição Hospitalar do Sul de Minas Gerais: um Enfoque Gerencial. Revista Gestão & Tecnologia, Pedro Leopoldo, (vol. 13, n. 2, pp. 195-221). <http://revistagt.fpl.edu.br/>