UMA METODOLOGIA DE CUSTOS DE OCIOSIDADE EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES – NECESSIDADE, OPORTUNIDADE E RESULTADOS

Walmir MOREIRA LAGE
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais – UnilesteMG
(Brasil)

RESUMO
O objetivo deste trabalho é apurar os custos de ociosidade das organizações hospitalares. A metodologia utilizada foi a de estudo de caso múltiplo, combinada com pesquisa exploratória, bibliográfica, documental e com pesquisa-ação, realizada junto a hospitais do Estado de Minas Gerais, Brasil. Os resultados preliminares de reduções de custos unitários, identificação de custos de ociosidade apontam intervenções necessárias em âmbito da alta administração, que vem decidindo por formar associação de interesses, fusão de serviços, integrando equipes, reduzindo custos e maximizando resultados, tomando-se como base a capacidade instalada e a real utilização.

PALAVRAS-CHAVE: Hospitais, custos hospitalares, custo da capacidade, ociosidade, associação de interesses.

DESENVOLVIMENTO

1. INTRODUÇÃO

Os estabelecimentos de assistência à saúde (EAS), definidos pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 50 do Ministério da Saúde, passam por um processo de dificuldades financeiras e de gestão, necessitando que se apresentem alternativas que possam melhorar as condições de atendimento, redução de custos, elevação da resolutividade dos serviços, associação de interesses, e, sobretudo, utilização máxima das potencialidades de recursos humanos, físicos e financeiros, que permitam a busca da eficiência, eficácia e efetividade.

Os EAS, em especial as organizações hospitalares, não possuem instrumentos de apuração e sistematização dos custos de ociosidade, com isso o processo decisorial é embasado em informações débeis, frágeis e sem estímulo ao conhecimento e aplicação dos conceitos de produtividade, análise crítica para investimentos, com a sobreposição de serviços e oferta de procedimentos em uma mesma base geográfica.

Outro problema enfrentado pelas políticas públicas de saúde é o baixo orçamento federal, apontado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).

Os modelos de apuração de custos existentes nos EAS restringem-se aos custos incorridos, portanto, não levam em consideração os custos de capacidade, custos de instalação e custos de ocupação.

O uso da capacidade instalada e apuração dos custos de ociosidade hospitalar fazem com que este quadro caótico minimize-se e, com as decisões gerenciais adotadas, haja reversão do estágio atual.

2 CONCEITOS E APLICAÇÕES

2.1 CONCEITOS E CARACTERIZAÇÕES DOS ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE - EAS

A Lei Federal Nº. 8080/90 em suas disposições preliminares define que os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) são todas as unidades prestadoras de serviços e atendimento à saúde, constituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo-se todas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. A iniciativa privada poderá participar do SUS, em caráter complementar.

Conforme a RDC) N° 50 as principais atribuições das EAS são apresentadas pela Figura 1 (2002).

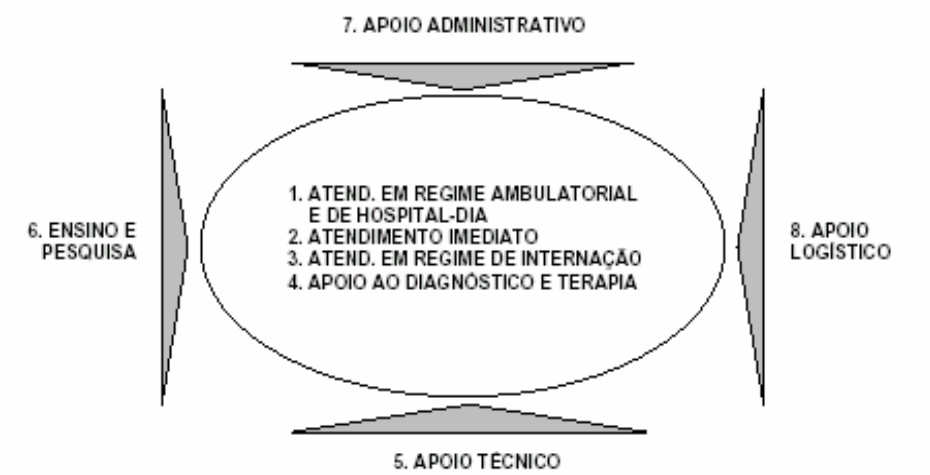

Figura 1 – Atribuições dos EAS
Fonte: RDC Nº. 50, Ministério da Saúde

2.2 HISTÓRICO DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Há cerca de mil anos surgiram as entidades de manutenção de hospitais, afirma Cherubin (2003), com a formação de uma pessoa jurídica e um quadro definido de sócios, os chamados "entes hospitalares" transformaram o serviço de saúde pessoal ou familiar em uma atividade institucional.

A primeira metade do século XIX é conhecida como período negro da organização hospitalar, afirma Vieira (2003), pois imperava a sujeira, a promiscuidade e o mau cheiro, conseqüências de um serviço que exigia longas horas de trabalho árduo.

No século XX, o número de hospitais construídos acompanhou o número de escolas de medicina, afirma Melo (2003), que durante este período, a medicina teve um progresso em inúmeros ramos, proporcionando aos seus pacientes um serviço melhor.

As organizações hospitalares passam por apelo de mudança comportamental, gerencial e de visão de negócios, com cobrança de resultados e de qualidade na prestação de serviços médico-hospitalares, exigindo esforços tecnológicos, de recursos humanos e alocação de volumosos recursos financeiros.

2.3. DEFINIÇÕES E CONTEXTUALIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Cherubin *apud* Minotto (2003, p. 55) apresenta a definição da Organização Mundial de Saúde em seu Informe Técnico Nº 122 de 1957 sobre hospitais:

> *"O hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda centro de formação para os que*

trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais."

Do ponto de vista jurídico os hospitais são classificados de acordo com as suas constituições públicos ou privados, sendo no primeiro caso aqueles que pertencem à organização do Estado, assim entendido os entes federados.

No segundo caso aqueles que não executados e não constituídos pelo Estado, haja vista que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Martins (2002, p. 19) classifica as empresas em dois grupos sob aspecto jurídico: empresa individual e empresa societária, que se divide em sociedade por quotas de responsabilidade limitada e sociedade anônima.

Devem ser acrescidas nesta classificação as sociedades cooperativas, que se apresentam como novo modelo de constituição de hospitais no Brasil.

Outras modalidades do setor suplementar de saúde, além das cooperativas, são apontadas por Melo (2003, p.20-21): Medicina de Grupo, Seguro–saúde, Plano de Administração e Autogestão.

Do ponto de vista financeiro e de finalidade os hospitais são classificados em entidades com fins e sem fins lucrativos.

Outras classificações podem ser dadas aos hospitais. Do ponto de vista administrativo os hospitais podem ser classificados quanto ao porte: I, II, III e IV.

2.4. SISTEMAS DE CUSTEAMENTO EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

O sistema de custo hospitalar tem, conforme Fernandes (1993, p. 5-68), os seguintes objetivos: "reduzir custos, evitar desperdícios de materiais, esforços e mão-de-obra; oferecer informações para a tomada de decisões; estabelecer metas inclusive para determinar épocas de substituição de equipamentos e imobilizados; permitir comparação periódica da evolução dos custos; permitir comparação dos custos com as receitas; permitir comparação dos custos com os custos de outras empresas e instituições; dar a conhecer o grau de eficiência e de produção".

Ching e Souza (2004) explicam que a prática comum nas instituições hospitalares de cobrar todos os procedimentos, materiais, medicamentos, exames, equipamentos, salas especiais utilizadas pelo paciente durante sua estada pode ser apurada pelo uso da metodologia de custeio baseado em atividades (ABC). Se o hospital não identificar e avaliar os recursos e insumos utilizados pode ter uma idéia incompleta de seus custos, fazendo precificação inadequada o que leva a margem de lucros menores que as necessárias para a lucratividade do negócio, à necessidade de aumentar o número de atendimentos para cobrir os custos fixos ou a margens maiores do que o necessário, levando o hospital a praticar preços não competitivos.

É imprescindível para a implantação e manutenção da contabilidade de custos que cada centro de custo emita relatórios de gastos ou de serviços, da forma mais detalhada possível.

2.5 CUSTOS DE CAPACIDADE, IDENTIFICAÇÃO DE CUSTOS DE OCIOSIDADE, MODELO DE APURAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO EM UNIDADES HOSPITALARES

Gerenciar os recursos da organização de forma eficaz é um primeiro passo essencial no caminho para operações lucrativas. Se os recursos são comprados e depois ficam ociosos devido à falta de demanda ou qualquer outra de uma série de razões para uma ociosidade planejada ou não planejada, seu potencial produtivo transforma-se em desperdício.

2.5.1.CONCEITOS DE CUSTOS DE CAPACIDADE

O potencial de um processo pode ser definido e mensurado de várias formas, como ilustra o Gráfico 1 – Definições de capacidade. O *Institute Management Accounting* (IMA) vem desenvolvendo estudos sobre as práticas e tecnologias empregadas na implementação de sistemas de Gerenciamento de Custos de Capacidade – *Systems Management Cost Capacity* (CCM).

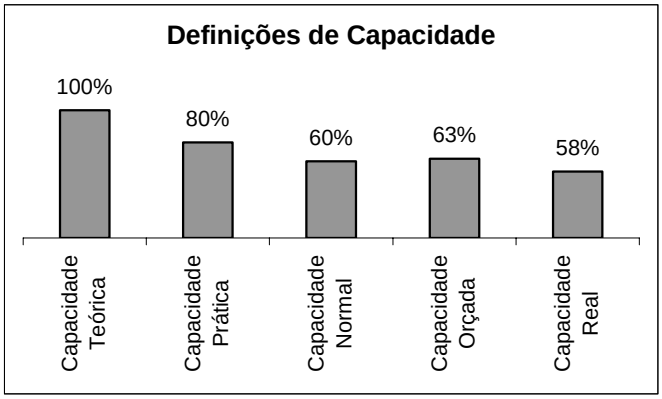

Gráfico 1. Definições de Capacidade.
Fonte: IMA – CCM (2000)

2.5.2.MODELOS DE GERENCIAMENTO DE CUSTOS DE CAPACIDADE

Nos últimos anos, muitas empresas reduziram a estrutura na tentativa de eliminar a capacidade ociosa, através do *downsizing.* No entanto, a redução da estrutura muitas vezes representa corte no quadro de funcionários, o que pode ter efeito adverso sobre o moral deles e a cultura da empresa. A redução da estrutura é mais bem feita no contexto de uma estratégia global da empresa e ao reter colaboradores com melhor qualificação para gerenciamento, liderança e técnica, além da experiência, apontam Horngren, Datar e Foster (2004).

A gestão dos custos da capacidade deve, segundo o IMA-CCM (2000), otimizar a capacidade de criação de valor de uma organização ou a capacidade da cadeia de valor é um processo contínuo, interativo, que avalia constantemente o desempenho atual à luz das necessidades mutáveis do cliente e do mercado. A otimização pode ser perseguida a partir de várias perspectivas diferentes:

- maximização da produção;
- maximização da lucratividade;
- minimização do custo total da operação;
- minimização dos recursos desperdiçados (ociosidade);
- maximização da flexibilidade e responsividade;
- minimização de investimentos; e

- maximização de economias de escala (tecnologia).

2.5.3 MODELO DE APURAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO DE CUSTOS DE OCIOSIDADE EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

A metodologia proposta é estudo de caso múltiplo com cinco unidades hospitalares das regiões do Vale do Aço e do Vale do Rio Doce do Estado de Minas Gerais: Hospital Siderúrgica e Hospital Nossa Senhora do Carmo em Coronel Fabriciano/MG, Hospital São Lucas de Governador Valadares/MG, Hospital Nossa Senhora das Dores e Pronto Socorro Municipal de Itabira/MG.

3 RESULTADOS OBTIDOS

A partir dos levantamentos de campo aplicados aos conceitos de custos de capacidade foi possível identificar os níveis de ociosidade para cada serviço e unidade das organizações hospitalares pesquisadas. Estes resultados estão sendo utilizados para mudança dos modelos de gestão destas organizações hospitalares, objeto de pesquisa.

3.1 CUSTOS DE OCIOSIDADE APURADOS EM PRONTO SOCORRO

A sistematização, apuração e mensuração dos custos da unidade do Pronto Socorro foram feitas sob a ótica do custeamento por absorção, levando-se em conta todos os custos incorridos, sejam eles diretos ou indiretos. Utiliza-se o ABC como instrumento de minimizar a arbitrariedade do rateio dos custos indiretos.

Pela incessante necessidade de chegar aos custos reais, buscou-se a identificação da ociosidade existente na apuração destes.

Os dados da identificação da ociosidade são demonstrados nos Gráficos 2 a 11. Há uma evidência dos horários dos principais atendimentos, procedimentos e aqueles que se identificaram à ociosidade.

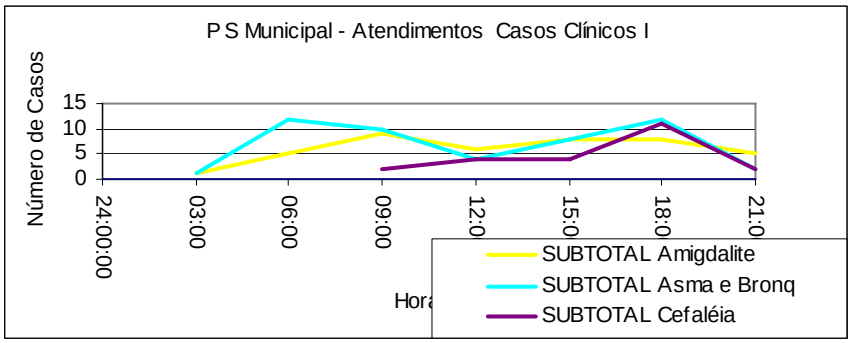

Gráfico 2- Atendimentos casos clínicos I
Fonte: Lage (2002)

Os casos clínicos classificados como I: Amigdalite, asma, bronquite e cefaléia, na amostra em dias diversos, apresentam um declínio acentuado a partir das 18:00 até às 06:00.

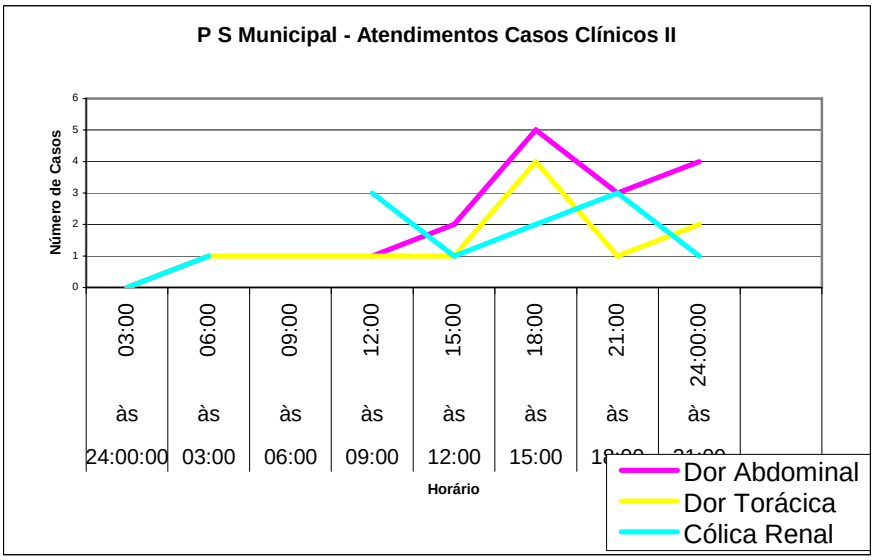

Gráfico 3 – Atendimentos casos clínicos II
Fonte: Lage (2002)

Os casos clínicos classificados como II: Dores abdominais, torácicas e renais, na amostra em dias diversos, apresentam um declínio a partir de 21:00 até 06:00.

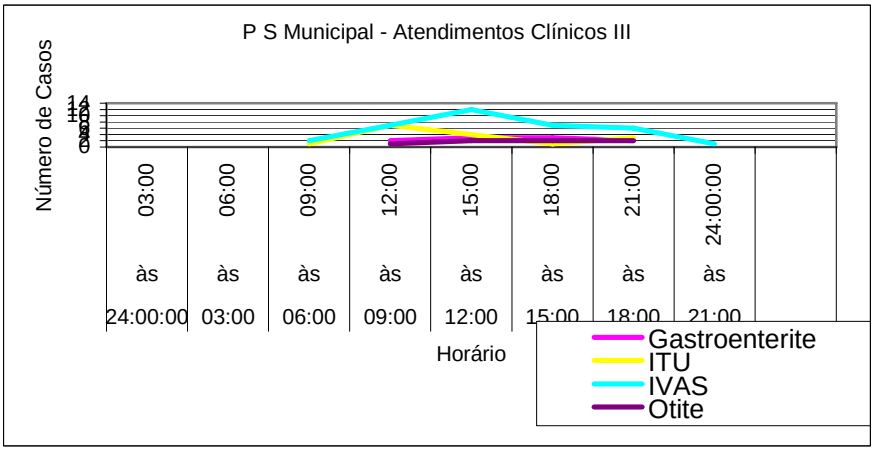

Gráfico 4 – Atendimentos casos clínicos III
Fonte: Lage (2002)

Os casos clínicos classificados como III: Gastroenterite, infecções das vias aéreas superiores, Otite, na amostra em dias diversos, apresentam um declínio a partir de 21:00 até 06:00.

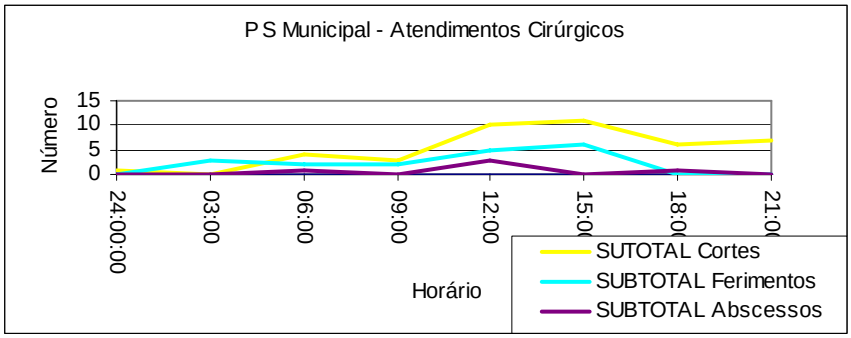

Gráfico 5 – Atendimentos cirúrgicos
Fonte: Lage (2002)

Os casos de atendimentos cirúrgicos envolvendo cortes, ferimentos e drenagem de abscessos, apresentam declínio entre 18:00 às 06:00.

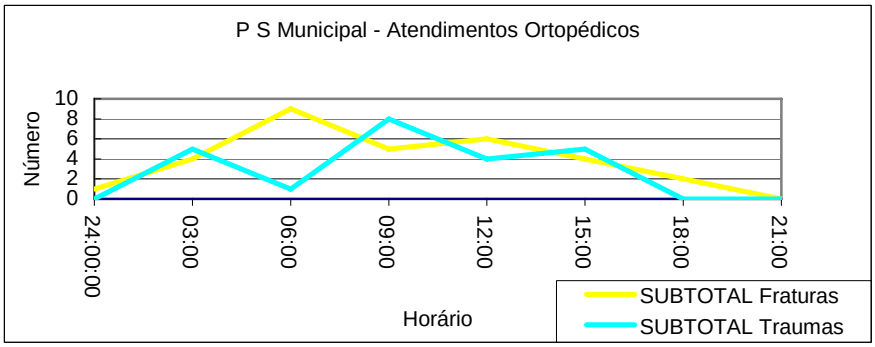

Gráfico 6 – Atendimentos ortopédicos
Fonte: Lage (2002)

A menor incidência dos casos de atendimentos ortopédicos acontece de 18:00 às 06:00.

Os gráficos apresentados por horário de atendimento e por dia de atendimento mostram a utilização de todos os serviços, indiferente das especialidades médicas.

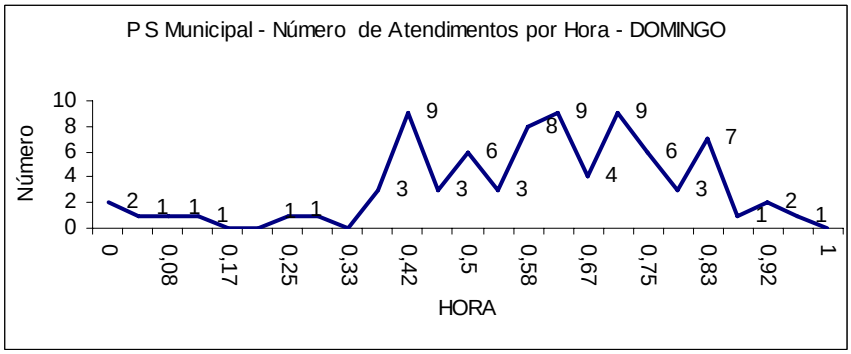

Gráfico 7 – Atendimentos por hora – DOMINGO

Fonte: Lage (2002)

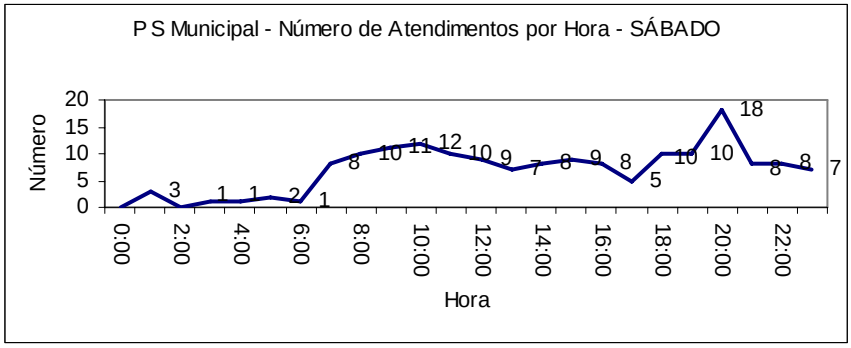

Gráfico 8 – Atendimentos por hora – SÁBADO
Fonte: Lage (2002)

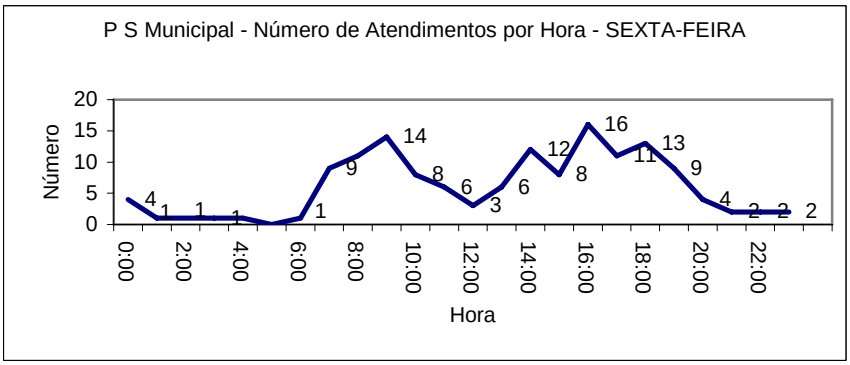

Gráfico 9 – Atendimentos por hora – SEXTA-FEIRA
Fonte: Lage (2002)

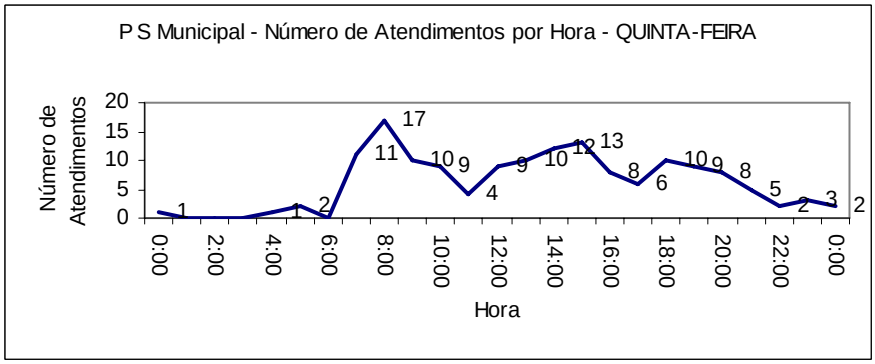

Gráfico 10 – Atendimentos por hora – QUINTA-FEIRA
Fonte: Lage (2002)

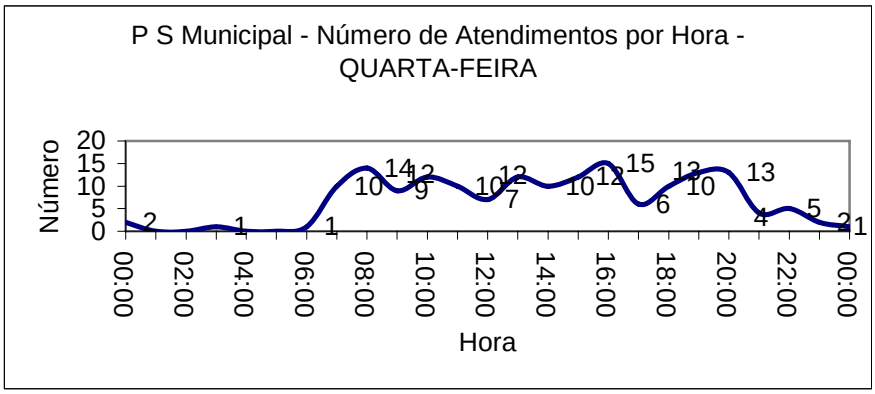

Gráfico 11 – Atendimentos por hora – QUARTA-FEIRA
Fonte: Lage (2002)

Em todos os dias da semana em amostra, apresentados nos gráficos 6 a 11, há uma redução drástica de atendimento a partir das 22:00 até 06:00, com maior freqüência de atendimento diurno.

A proposta de mudança para Pronto Atendimento (PA) apresenta redução significativa dos custos em até 18,85% conforme apresentado na Tabela 1.

Os custos originais de R$174.463,55 foram reduzidos ao montante médio de R$141.573,50.

Estudos comparativos apontam as reduções de despesas conforme Tabela 1, em virtude da redução de pessoal e seus reflexos no uso de roupa lavada, consumo de alimentação e redução de salários com respectivos encargos e provisões.

Item reduzido	**Valor atual**	**Valor proposto**
Custos de pessoal	R$132.139,35	R$99.739,35
Custos da lavanderia	2.137 Kg.	2.002 Kg.
Custos do SND	2.159 refeições	1.979 refeições
Total geral	**R$174.463,55**	**R$141.573,50**

Tabela 1. Custos comparativos e respectivas reduções.

3.2. CUSTOS DE OCIOSIDADE APURADOS EM LAVANDERIA

A identificação da ociosidade nos serviços de lavanderia das organizações hospitalares pesquisadas proporcionou associação de interesses entre estas organizações, com redução de custos unitários do kg de roupa lavada, venda de serviços para outros interessados.

Dentro da logística hospitalar a lavanderia é um dos principais serviços de apoio e responsável pelo serviço de processamento da roupa (SPR) e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todas às unidades do hospital, constituindo das atividades de lavação, de rouparia e de costura de um hospital.

3.2.1. CUSTOS DO SPR COM O USO DO PLANO-SEQÜÊNCIA DE CUSTO DE LAVANDERIA HOSPITALAR

Para a construção do plano-seqüência deve-se conhecer profundamente todo o processo de produção, conforme Yoshitake (2003). Podemos dividi-las em basicamente duas unidades de ação: a área contaminada e a área limpa.

PLANO-SEQÜÊNCIA GLOBAL – SERVIÇO DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS		
1ª Unidade de Ação: Área Contaminada		
	1º Plano-seqüência: Recebimento da Roupa	
		Evento 1 – Receber as roupas
		Evento 2 – Conferir
		Evento 3 – Separar por sujidade
		Evento 4 – Abrir peça por peça
		Evento 5 – Verificar existência de objetos à roupa
	2º Plano-seqüência: Pesagem e Separação da Roupa	
		Evento 1 – Pesar a roupa
		Evento 2 – Registrar nos mapas de controle
		Evento 3 – Colocar a roupa na máquina
	3º Plano-seqüência: Lavação	
		Evento 1 – Lavar
		Evento 2 – Encaminhar a roupa para área de centrifugação
1ª Unidade de Ação: Área Limpa		
	1º Plano-seqüência: Centrifugação	
		Evento – Centrifugar
	2º Plano-seqüência: Secagem	
		Evento 1 – Separar as roupas
		Evento 2 – Passar a roupa (calandra, secadora, prensa, ferro)
	3º Plano-seqüência: Embalagem	
		Evento 1 – Separar roupa danificada
		Evento 2 – Estocar a roupa – descanso 24 horas
		Evento 3 - Embalar
		Evento 4 – Distribuir para os setores hospitalares
	4º Plano-seqüência: Apoio	
		Evento 1 – Consertar
		Evento 2 - Costurar

Árvore do plano-seqüência de uma lavanderia hospitalar

3.2.2 - APURAÇÃO DE CUSTO SEQÜÊNCIA E PRINCIPAIS RESULTADOS

Procedeu-se a apuração do tempo de funcionamento de máquinas do processo, com os seguintes resultados apontados na Tabela 2.

Descrição	Média (A)	Ociosidade (B)	% Índice de Ociosidade (C)= (B)/{(A)+(B)}
Lavadora 25 kg	1.269,20	170,80	11,86
Lavadora 30 kg	1.191,27	248,73	17,27
Lavadora 50 kg	450,90	989,10	68,69
Centrífuga 1	392,75	1.047,25	72,73
Centrífuga 2	376,50	1.063,50	73,85
Centrífuga 3	520,00	920,00	63,89
Secadora 1	470,00	870,00	60,42
Secadora 3	702,00	738,00	51,25
Calandra	901,50	538,50	37,40

TABELA 2 - Tempo médio de funcionamento de máquinas
Fonte: Lage (2003)

Por intermédio do tempo de funcionamento das máquinas, com análise de processos e com a definição do plano-seqüência da lavanderia foi possível detectar que as lavadoras de 50kg ficam mais tempo sem utilização, tendo um índice de ociosidade 68,69%, provavelmente devido ao horário de entregas em relação à quantidade de roupas a serem lavadas.

As máquinas de centrifugar e secar não atingem nem a metade de sua capacidade de utilização.

Quanto aos recursos humanos há uma ociosidade de 27,43% devendo-se considerar que a lavanderia funciona 24 horas, porém cada funcionário tem um intervalo de descanso de 1 hora em cada jornada de 12 horas e intervalo para lanche e café.

Observa-se que antes do uso da capacidade 24 horas os custos unitários da roupa lavada eram de R$1,48 e depois do início das intervenções o custo unitário da roupa lavada passou a ser R$1,21, com redução real de 18,24%.

A produção mês de 13.847 Kg de roupa lavada passou para 26.845 Kg de roupa lavada, com crescimento de 93,87 %. A mão-de-obra aumentou em quantitativos monetários em 78,73%, considerando estes custos de oportunidade permitidos pela ampliação da capacidade produtiva.

3.3. – CUSTOS DE OCIOSIDADE APURADOS EM SND

O trabalho de campo identificou o grau de ociosidade existente nos serviços de nutrição e dietética com resultado direto para a definição de associação das unidades de dois hospitais, considerados como unidade de trabalho ou órgão de uma empresa, que desempenha atividades relacionadas à alimentação e nutrição, conforme Siderúrgica (2004, p.11).

3.3.1 – PLANO-SEQÜÊNCIA DOS CUSTOS DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA – SND

A elaboração da árvore do plano-seqüência do SND sintetiza todo o fluxo operacional da unidade, sendo identificados a unidade de ação, o plano-seqüência e os eventos ocorridos no processo de nutrição e dietética dentro dos hospitais.

PLANO-SEQÜÊNCIA GLOBAL – SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

Unidade de Ação: Recepção, inspeção e guarda de alimentos e utensílios		
	1º. Plano-seqüência: Recebimento dos alimentos e utensílios	
		Evento 1 – Receber as compras de alimentos
		Evento 2 – Conferir materiais
		Evento 3 – Separar por tipo de armazenagem
		Evento 4 – Preparar a despensa
	2º Plano-seqüência: Preparo dos alimentos	
		Evento 1 – Preparar a cocção das dietas normais
		Evento 2 – Preparar a cocção dos lanches e desjejuns
		Evento 3 – Preparar a cocção das dietas especiais
	3º Plano-seqüência: Porcionamento e distribuição	
		Evento 1 – Porcionar e distribuir as dietas normais
		Evento 2 – Porcionar e distribuir as dietas especiais
Unidade de Ação: Preparo das áreas e materiais de cozinha		
	1º Plano-seqüência: Área para recepção, lavagem e guarda de louças, bandejas e talheres de pacientes.	
		Evento 1 - Preparar recepção do refeitório
		Evento 2 – Lavar e Guardar louças, bandejas e talheres de pacientes
	2º Plano-seqüência: Área para recepção, lavagem e guarda de louças, bandejas e talheres de funcionários e público externo.	
		Evento 1 – S Preparar recepção do refeitório
		Evento 2 – Lavar e Guardar louças, bandejas e talheres de pacientes
	3º Plano-seqüência: Lavagem e guarda de panelas e utensílios de produção	
		Evento – Lavar e guardar panelas e utensílios

Árvore do plano-seqüência de um SND

O SND produz unidades diferenciadas quanto a custo, por este motivo, suas unidades são ponderadas pelos vestígios de custo, ou seja, a diferenciação de custo entre cada refeição servida, aqui chamada de peso, conforme Tabela 3.

Refeições	**Pesos**
Desjejum	02
Almoço	07
Café da Tarde	02
Jantar	05
Ceia	01
Mamadeira	02

Tabela 3 – Pesos das refeições do SND
Fonte: Siderúrgica (2004, p.13)

Foi realizado um estudo com cotações e propostas de empresas de nutrição e dietética para fornecimento de alimentação, sendo o melhor preço era de fornecimento do almoço era de R$ 4,30 (Quatro Reais e Trinta Centavos), bem acima dos custos incorridos.

Custo Unitário das refeições	
Almoço	3,42
Jantar	2,44
Café m/t	0,98
LN	0,49

Tabela 4 – Custo Unitário do SND antes da associação de interesses
Fonte: Siderúrgica (2004, anexo)

Decidiu-se criar uma associação de interesses entre estas unidades com objetivos claros de tender à seus clientes uma refeição balanceada com qualidade, também possa abaixar seu custo para que suas tabelas dos procedimentos médico-hospitalares possam tornar-se competitivos no mercado.

Conforme a tabela 5 dos custos após a unificação dos serviços houve uma redução no custo unitário das refeições, por exemplo, o almoço que antes custava R$ 3,42 (Três Reais e Quarenta e Dois Centavos), hoje passou a ter um custo de R$ 2,69 (Dois Reais e Sessenta e Nove Centavos), pois houve uma redução na mão de obra, nos serviços de manutenção e energia elétrica, estes custos antes eram individualizados, passaram a ser compartilhados entre os dois hospitais.

Custo Unitário das refeições	
Almoço	2,69
Jantar	1,92
Café (manha/tarde)	0,77
LN	0,38

Tabela 5 – Custo Unitário das Refeições do SND depois da associação de interesses
Fonte: Siderúrgica (2004, anexo)

No total geral houve uma redução significativa de 26,04% (vinte e seis vírgula quatro por cento), chegando ao montante mensal de R$10.080,06 (dez mil, oitenta reais, seis centavos).

3.4. CUSTOS DE OCIOSIDADE APURADOS EM BLOCO CIRÚRGICO E BLOCO OBSTÉTRICO

O trabalho de pesquisa foi desenvolvido aplicando o custeio por atividade no bloco cirúrgico de quatro hospitais, sendo que a metodologia é a mesma para todos, através de protocolo, porém cada um demonstra sua particularidade, como seguintes objetivos:

- Apurar os custos dos recursos consumidos nas atividades do bloco cirúrgico de quatro hospitais;
- Apontar as diferenças entre recursos disponíveis e recursos utilizados fornecendo a capacidade não utilizada;
- Detectar as atividades que podem ser melhoradas, reestruturadas ou eliminadas dentro de um processo.

3.4.1. – CARACTERIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ADOTADOS

Para apurar os custos dos blocos cirúrgicos de quatros hospitais usou-se a metodologia de custo ABC, levando os recursos às atividades o direcionador tempo foi utilizado para mão de obra, energia elétrica apesar de ter sido dimensionado a carga de energia para cada sala de cirurgia e outras dependências do bloco cirúrgico foi utilizado o direcionador tempo.

3.4.2. PLANO-SEQÜÊNCIA DOS CUSTOS DO BLOCO CIRÚRGICO E BLOCO OBSTÉTRICO

PLANO-SEQÜÊNCIA GLOBAL – BLOCO CIRÚRGICO E BLOCO OBSTÉTRICO
Unidade de Ação: Realização da cirurgia
1º Plano-seqüência: Agendamento e registro da cirurgia
2º Plano-seqüência: Preparação de materiais, equipamentos e instrumentais
Evento 1 – Requisitar os materiais e medicamentos
Evento 2 – Preparar os equipamentos e instrumentais cirúrgicos
3º Plano-seqüência: Arrumação de sala e do paciente
Evento 1 – Limpar, higienizar e preparar a sala cirúrgica
Evento 2 – Transportar paciente
4º Plano-seqüência: Realização da cirurgia
Evento 1 – Circular sala operatória
Evento 2 – Realizar cirurgia
Evento 3 – Transportar paciente

Árvore do plano-seqüência de um bloco cirúrgico e bloco obstétrico

Para melhor análise gerencial fez-se levantamentos da capacidade disponível e da capacidade utilizada de cada sala, conforme Quadro 1.

Sala 1

Hs Trab	Qtde	Min/Disp	Utilizada	% Utilizada	% Ociosidade
07-19	2	19800			
08-18	1	3200			
Total		23000	9589,65	41,69%	58,31%

Sala 2

Hs Trab	Qtde	Min/Disp	Utilizada	% Utilizada	% Ociosidade
07-19	2	19800	0		
08-18	1	3200	0		
Total		23000	8402,36	36,53%	63,47%

Sala 3

Hs Trab	Qtde	Min/Disp	Utilizada	% Utilizada	% Ociosidade
07-19	2	19800			
08-18	1	3200			
Total		23000	7671,72	33,36%	66,64%

Secretaria

Hs Trab	Qtde	Min/Disp	Utilizada	% Utilizada	% Ociosidade
07-17	1	10560	8921	84,48%	15,52%

RPA

Hs Trab	Qtde	Min/Disp	Utilizada	% Utilizada	% Ociosidade
ago/18	1	11880	10959		8,00%
Total	1	11880	10959	92,25%	8,00%

Quadro 1. Capacidade ociosa de cada sala cirúrgica do HS
Fonte: Lage (2005, anexo)

Verifica-se nos levantamentos de campo que os horários noturnos e vespertinos é que contribuem com maior ociosidade, haja vista que há uma prioridade, por parte dos cirurgiões, do uso das salas na parte matutina.

Para fins de análise e comparabilidade cada sala, conforme Quadro 2, estabeleceu-se para fins de decisão o grau de ociosidade.

Sala 1

Hs Trab	**Qtde**	**Min/Disp**	**Utilizada**	**% Utilizada**	**% Ociosidade**
07 – 17	1	13200			
07- 19	1	2310			
19 – 07	1	6600			
Total		**22110**	**7350,57**	**33,25%**	**66,75%**

Sala 2

Hs Trab	**Qtde**	**Min/Disp**	**Utilizada**	**% Utilizada**	**% Ociosidade**
07 – 17	1	13200			
07- 19	1	2310			
19 – 07	1	6600			
Total		**22110,00**	**6973,62**	**31,54%**	**68,46%**

Sala 3

Hs Trab	**Qtde**	**Min/Disp**	**Utilizada**	**% Utilizada**	**% Ociosidade**
07 – 17	1	13200			
07- 19	1	2310			
19 – 07	1	6600			
Total		**22110,00**	**5088,86**	**23,02%**	**76,98%**

Sala 4

Hs Trab	Qtde	Min/Disp	Utilizada	% Utilizada	% Ociosidade
07 – 17	1	13200			
07- 19	1	2310			
19 – 07	1	6600			
Total		**22110,00**	**17477,06**	**79,05%**	**20,95%**

Secretaria

Hs Trab	Qtde	Min/Disp	Utilizada	% Utilizada	% Ociosidade
07-17	1	10560	7921	**75,01%**	**24,99%**

Quadro 2. Capacidade ociosa das salas cirúrgicas do HNSC
Fonte: Lage (2005, anexo)

Seguindo o mesmo protocolo passou-se a apuração da ociosidade instalada em cada sala cirúrgica do HNSD, conforme Quadro 3.

Sala 1

Hs Trab	Qtde	Min/Disp	Utilizada	% Utilizada	% Ociosidade
07 – 19	1	10560			
07 – 16	1	3696			
19 – 07	1	7920			
Total		22176	**7028,67**	**31,69%**	**68,31%**

Sala 2

Hs Trab	Qtde	Min/Disp	Utilizada	% Utilizada	% Ociosidade
07 - 19	1	10560			
07 - 16	1	3696			
19 - 07	1	7920			
Total		22176	**10959,96**	**49,42%**	**50,58%**

Sala 3

Hs Trab	Qtde	Min/Disp	Utilizada	% Utilizada	% Ociosidade
07 - 19		10560			
07 - 16		3696			
19 - 07		7920			
Total		**22176**	**11317,35**	**51,03%**	**48,97%**

Sala 4

Hs Trab	Qtde	Min/Disp	Utilizada	% Utilizada	% Ociosidade
07 - 19	1	10560			
07 - 16	1	3696			
19 - 07	1	7920			
Total		**22176**	**8696,49**	**39,22%**	**60,78%**

Sala 5

Hs Trab	Qtde	Min/Disp	Utilizada	% Utilizada	% Ociosidade
07 - 19	1	10560			
07 - 16	1	3696			
19 - 07	1	7920			
Total		**22176**	**5599,11**	**25,25%**	**74,75%**

Secretaria

Hs Trab	Qtde	Min/Disp	Utilizada	% Utilizada	% Ociosidade
07 - 17	1	10560			
Total	1	**10560**	**9080,00**	**85,98%**	**14,02%**

Quadro 3 – Capacidade ociosa das salas cirúrgicas do HNSD
Fonte: Lage (2005, anexo)

Os mesmos fatos apurados nos levantamentos de campo do Hospital Siderúrgica se repetiram no Hospital Nossa Senhora das Dores, com elevado grau de ociosidade verificado no Quadro 3, onde a sala 5 chega a ter quase 75% (setenta e cinco por cento) de ociosidade.

A apuração do grau de ociosidade das salas do HSL está demonstrada na Tabela 6, seguindo o protocolo de levantamentos de disponibilidade e de utilização de cada sala cirúrgica.

Sala 1

Hs Trab	Qtde	Min/Disp	Utilizada	% Utilizada	Ociosidade
06-18	1	19800			
14-22	1	2640			
18 – 06	1	9990			
Total	3	32430	15743,18	48,55%	51,45%

Sala 2

Hs Trab	Qtde	Min/Disp	Utilizada	% Utilizada	Ociosidade
06-18	1	19800			
14-22	1	2640			
18 – 06	1	9990			
Total	**3**	**32430**	**15113,45**	**46,60%**	**53,40%**

Sala 3

Hs Trab	Qtde	Min/Disp	Utilizada	% Utilizada	Ociosidade
06-18	1	19800			
14-22	1	2640			
18 – 06	1	9990		0,00%	
Total	**3**	**32430**	**20361,18**	**62,79%**	**37,21%**

Sala 4

Hs Trab	Qtde	Min/Disp	Utilizada	% Utilizada	Ociosidade
06-18	1	19800			
14-22	1	2640			
18 – 06	1	9990			
Total	**3**	**32430**	**16582,82**	**51,13%**	**48,87%**

Secretaria

Hs Trab	Qtde	Min/Disp	Utilizada	% Utilizada	%Ociosidade
08 -18	2	21120	16443,1		

Total	**2**	**21120**	**16443,1**	**77,86%**	**22,14%**

Tabela 6. Capacidade ociosa das salas cirúrgicas do HSL.
Fonte: Lage (2005, anexo)

No Hospital São Lucas ocorre os mesmos fatos e graus de ociosidade nas salas cirúrgicas.

Estes resultados demonstram que o melhor caminho não é investir em novas salas cirúrgicas, e sim mudança na gestão e uso das mesmas.

3.5. CUSTOS DE OCIOSIDADE APURADOS EM CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO-CME

Este serviço é de fundamental importância dentro do hospital por ser o setor responsável pelo suprimento e controle do material esterilizado a ser utilizado em todas as unidades de assistência ao paciente.

Com a apuração dos custos de ociosidade o Hospital Siderúrgica passou a prestar serviços para outros hospitais e clínicos, com melhor performance financeira e operacional.

3.5.1. CARACTERIZAÇÕES E PROCEDIMENTOS ADOTADOS

A Central de Material Esterilizado (CME) é o conjunto de elementos destinados a expurgo, preparo e esterilização, guarda e distribuição de material para as unidades de assistência ao paciente no hospital, conforme Siderúrgica (2005, p. 20)

PLANO-SEQÜÊNCIA GLOBAL – CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO
1ª Unidade de Ação: Área Contaminada
Evento 1 – Receber materiais
Evento 2 – Conferir
Evento 3 – Executar processos de limpeza
Evento 4 – Descontaminar os materiais
Evento 5 – Lavar os materiais
Evento 6 – Secar os materiais
2º Plano-seqüência: Preparo dos materiais
Evento 1 – Empacotar os materiais
Evento 2 – Identificar os pacotes
Evento 3 – Executar o controle químico
3º Plano-seqüência: Esterilização dos materiais
Evento – Executar os processos de autoclavagem
1ª Unidade de Ação: Área Limpa
1º Plano-seqüência: Armazenagem dos materiais
Evento – Estocar todo o material esterilizado
2º Plano-seqüência: Distribuir Material Esterilizado
Evento – Entregar material esterilizado por requisição

Árvore do plano-seqüência de uma Central de Esterilização de Materiais

Foi separado o tempo de utilização das máquinas e mão de obra, conforme demonstram as tabelas 7 e 8.

Máquinas	**Min. Disponíveis**	**Tempo/Min utilizado**	**% Utilizado**	**% Ocios**
Autoclave 172 Litros	43200	14185,5	32,84%	
Autoclave 465 Litros	43200	27914,4	64,62%	

Tabela 7. Tempo de ociosidade das máquinas da CME.
Fonte: Autor.

Horas Trabalhadas	**Técnico de Enfermagem**	**Min./Disp Dia**	**Min/Mês Disponível**	**Horas Utilizadas**	**Capacidade Utilizada**
07 – 19	2	1320	39600	30377,13	
19 – 07	1	660	19800	14961,87	
Total	3	1980	**59400**	**45339,00**	**76,3**

Tabela 8. Cálculo da ociosidade e da Mão-de-obra
Fonte: Autor.

Com o uso dos plano-seqüências os resultados por cada unidade de ação e por cada evento ocorrido permitiram a individualização dos processos, identificação e mensuração dos custos e, principalmente, identificação da ociosidade existente nos equipamentos e processos de esterilização de materiais. Os resultados apontam que no somatório das autoclaves o grau de ociosidade é superior a 100% (cem por cento).

4 CONCLUSÕES

A identificação dos níveis de ociosidade dos serviços das organizações hospitalares pode servir como instrumento e estratégia para reversão do quadro caótico porque passa estas organizações, dentro do contexto dos problemas da área da saúde.

A apuração dos custos de ociosidade dentro dos hospitais pesquisados esta trazendo benefícios diretos quanto à redução dos custos unitários, como a potencialização de mudanças do comportamento da gestão hospitalar, proporcionando associação de interesses, fusão de serviços, venda de serviços pelo potencial, ainda, ocioso.

Os resultados permitiram melhor desempenho empresarial e aguçaram novas propostas de intervenção dos custos e o grau de ocupação. A ociosidade é um desperdício invisível, mas sentido nos resultados das entidades, com perdas irreparáveis e irrecuperáveis. A realidade pode ser outra com a ‘descoberta’ da ociosidade que ronda e muito as entidades.

O uso do plano-seqüência na identificação das unidades de ação, os eventos ocorridos e descrição de todos os processos permitiu a identificação da ociosidade individual e coletiva de cada serviço das organizações hospitalares pesquisadas.

Neste momento estudos estão sendo feitos nas áreas de internação, envolvendo: enfermarias, apartamentos e Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), e em serviços de apoio: banco de sangue, serviços de transporte e outros.

Os resultados obtidos podem ter continuidade, o aprimoramento e novos projetos de pesquisa serão bem vindos para que os hospitais possam cumprir a missão atribuída a estes dentro do conjunto dos Estabelecimentos de Assistência a Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Saraiva, 1999.

_____, Ministério da Saúde. *Resolução RDC Nº 50/2002.* Brasília: ANVISA, 2002.

CHERUBIN, Niversindo Antonio. *Administrador hospitalar.* São Paulo: Edições Loyola, 2003.

CHING, Hong Yuh. *Manual de custos de instituições de saúde:* sistemas tradicionais de custos e sistema de custeio baseado em atividades (ABC). São Paulo: Atlas, 2001.

CHING, Hong Yuh, SOUZA, Gilberto Vicente de. *Aplicação do custeio baseado em atividades na determinação de custos e preços de partos, diárias de maternidade e de berçários em uma maternidade.* Disponível em: <http://www.contabeis.ufpe.br/repositorio3/tema04/t032.doc>. Acesso em: 25 jan 2004.

FERNANDES, Luiz Oswaldo. *Custo hospitalar*. São Paulo: LN Impressos Padronizados, 1993.

HORNGREN, Charles T.; FOSTER, George; DATAR, Srikant M. *Contabilidade de custos.* Rio de Janeiro: LTC Editora, 2000.

_____ *Contabilidade de Custos: uma abordagem gerencial.* São Paulo: Prentice Hall, 2004.

IMA-CCM. *Practices and techniques:* Implementing capacity cost management systems. Disponível em: <http:/www.imanet.org>, Statement Number 4LL, 2000.

LAGE, Walmir Moreira *et alli. Relatório técnico de auditoria de gestão.* Belo Horizonte: Lage & Lage Auditores e Consultores Associados, 2002.

_____ *Relatórios de sistematização de custos hospitalares.* Coronel Fabriciano: Hospital Siderúrgica, 2003. Relatórios Técnicos do Hospital.

_____ *Efeitos da ociosidade na redução de custos unitários:* estudo de caso de uma lavanderia hospitalar. Coronel Fabriciano: 2003, Inédito.

_____ *Relatório de custos hospitalares.* Coronel Fabriciano: 2005, Relatórios Técnicos dos Hospitais.

MARTINS, Domingos dos Santos. *Custeio hospitalar por atividades*: activity based costing. São Paulo: Atlas, 2002.

MELO, Sheila Cardoso de. *Orçamento hospitalar aplicado às entidades sem fins lucrativos.* Monografia ao curso de especialização de Contabilidade Gerencial da Fundação Visconde de Cairu/CRC-BA. Salvador: 2003.

SERRA NEGRA, Elizabete Marinho. *Considerações sobre os aspectos do sistema de informações contábeis dos hospitais da Região do Vale do Aço – MG*. 2000. 72 f. Monografia (Graduação em Ciências Contábeis) – Faculdade de Ciências Contábeis, Centro Universitário do Leste de Minas Gerais, Coronel Fabriciano.

SIDERÚRGICA, Hospital. *Relatório de Gestão do SND.* Coronel Fabriciano: 2004. Manual de procedimentos e normas do hospital.

_____. *Normas e padronização da CME.* Coronel Fabriciano: 2005.
VIEIRA, Maria das Graças. *Os métodos de custeio utilizados pelas instituições hospitalares da cidade de João Pessoa/PB.* Dissertação de Mestrado em Administração da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa: 2003.
YOSHITAKE, Mariano. *Teoria do controle gerencial.* São Paulo: IBRADEM, 2004.