

Estudo de caso sobre os custos de saúde e seus impactos em uma instituição filantrópica de amparo ao idoso

Juliana Grigol Fonsechi (UNB) - julianagrigo1@yahoo.com.br

Fátima de Souza Freire (UnB) - ffreire@unb.br

Vanessa Herculano de Oliveira (FEA/USP) - vanessaherculano@yahoo.com.br

Ludmila de Melo Souza (UnB) - ludmilaunb@gmail.com

Meg Sarkis Simão Rosa (UnB) - megsarkis@gmail.com

Resumo:

Os objetivos desse estudo de caso são identificar quais os itens que compõem os custos de saúde numa instituição filantrópica de amparo ao idoso, verificar a representatividade desses custos nos gastos totais relacionados ao atendimento integral e o quanto esses custos significam percentualmente dos recursos angariados por idoso. Os métodos utilizados fundamentaram-se em cálculos dos custos médios mensais por idoso utilizando como referência o grau de dependência em que são classificados na entidade. Em complemento às análises matemáticas e estatísticas foram analisados custos de qualidade identificados no local do estudo sustentando pelo arcabouço teórico. No resultado foram verificados a composição dos custos de saúde e relevância destes na composição total, além da representatividade de 50% desses custos nos custos totais referente ao atendimento ao idoso e por fim, o percentual que os custos de saúde compõem dos recursos totais destinados a cada idoso entre 60 e 80%, aproximadamente.

Palavras-chave: *Custos de Saúde; Idosos; Instituição Filantrópica*

Área temática: *Gestão de Custos nas Empresas do Terceiro Setor*

Estudo de caso sobre os custos de saúde e seus impactos em uma instituição filantrópica de amparo ao idoso

Resumo

Os objetivos desse estudo de caso são identificar quais os itens que compõem os custos de saúde numa instituição filantrópica de amparo ao idoso, verificar a representatividade desses custos nos gastos totais relacionados ao atendimento integral e o quanto esses custos significam percentualmente dos recursos angariados por idoso. Os métodos utilizados fundamentaram-se em cálculos dos custos médios mensais por idoso utilizando como referência o grau de dependência em que são classificados na entidade. Em complemento às análises matemáticas e estatísticas foram analisados custos de qualidade identificados no local do estudo sustentando pelo arcabouço teórico. No resultado foram verificados a composição dos custos de saúde e relevância destes na composição total, além da representatividade de 50% desses custos nos custos totais referente ao atendimento ao idoso e por fim, o percentual que os custos de saúde compõem dos recursos totais destinados a cada idoso entre 60 e 80%, aproximadamente.

Palavras-chave: Custos de Saúde; Idosos; Instituição Filantrópica

Área Temática: Gestão de Custos nas Empresas do Terceiro Setor.

1 Introdução

A população idosa no Brasil é de aproximadamente 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, segundo dados do último censo realizado em 2000 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas do mesmo instituto apontam que o contingente de idosos deve ultrapassar os 30 milhões após 2020 o que representará cerca de 13% da população total do país.

O crescimento da população idosa é reflexo do aumento da longevidade dos brasileiros, no entanto isso não significa um envelhecimento saudável já que o processo de envelhecer implica na redução das capacidades físicas provocadas pelas doenças e degenerações do organismo e também no comprometimento da posição socioeconômica (POLLO e ASSIS, 2008).

Os comprometimentos da saúde combinados a um rendimento médio que não supera a dois salários mínimos e a outros fatores culturais e históricos da realidade brasileira modificaram o cenário de atendimento e amparo ao idoso criando uma demanda por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) preferencialmente de origem filantrópica para beneficiar os desprovidos de recursos suficientes para o auto-sustento e cuidados necessários para manutenção da saúde.

Nesse contexto, é crescente a importância dessas entidades do terceiro setor no desenvolvimento de atividades de amparo à saúde e bem-estar do idoso no Brasil. O gerenciamento eficiente dos recursos e dos custos dessas instituições é fundamental na manutenção e sustentabilidade de suas atividades. Considerando que nas instituições do terceiro setor os recursos são limitados, sua origem é fundamentalmente proveniente de doações e parcerias com o setor público e privado, é natural que o controle dos custos seja uma ferramenta gerencial estratégica na administração desse tipo de entidade.

No gerenciamento dos custos de uma entidade de amparo aos idosos, pode-se supor que uma parcela considerável dos custos seja referente à saúde já que com o aumento da idade surgem debilidades, o aumento da dependência e as doenças. A análise e controle desses custos são, portanto essenciais na alocação dos recursos e no desenvolvimento de projetos uma vez que esses cuidados de saúde não podem deixar de ser prestados e alguns desses custos não são totalmente evitáveis ou controláveis pelo administrador.

Esse estudo se propõe a identificar, em uma instituição de amparo ao idoso, os principais itens que compõem os custos com saúde e suas respectivas relevâncias e verificar a participação desses custos de saúde nos gastos totais para prestação do serviço completo de atendimento e o quanto esses custos com saúde representam dos recursos disponíveis para o cuidado de cada idoso. Para atingir tal finalidade, foi selecionada uma instituição localizada no Distrito Federal de caráter filantrópico, especializada no abrigo em regime de longa permanência de até 60 idosos de ambos os sexos, proporcionando-lhes alimentação, higiene pessoal, socialização, lazer, assistência médica, laborterapia, fisioterapia, odontológica e espiritual.

2 Referencial Teórico

2.1 Custos Diretos e Indiretos

A classificação dos custos em diretos e indiretos tem por finalidade a alocação dos custos a um determinado objeto que pode se tratar de um produto, um serviço prestado ou até mesmo de clientes. Os custos são alocados com o objetivo de fixar preços, avaliar a rentabilidade e controlar gastos. Numa instituição filantrópica em que serviços são prestados sem fins lucrativos, os custos são classificados e alocados especialmente com a finalidade de controlar gastos para o equilíbrio das receitas, oriundas de doações e subvenções, com as despesas necessárias para prestação de um serviço de qualidade.

Os custos diretos são aqueles facilmente identificáveis com o objeto específico do custo sob análise (GARRISON ET AL, 2007), bastando haver uma medida de consumo como quilogramas de materiais consumidos e horas de mão-de-obra utilizadas. Para Horngren et al (1997) os custos diretos podem ser identificados com o objeto de custo de maneira economicamente viável, considerando a relação custo-benefício. Desse modo, os gestores preferem tomar decisões baseados nesse tipo de custo, pois são mais precisos.

Os custos indiretos não possuem medidas objetivas para sua alocação e dessa forma, o processo de alocar ocorre com base em estimativas e arbitrariedades e seu representante mais comum é o rateio. O rateio surge da dificuldade em identificar com objetividade e certeza que um custo foi originado ou causado por determinado objeto de custo, não é possível determinar com precisão, por exemplo, qual quantidade exata de um material específico foi consumida na prestação de um serviço ou para atendimento de um cliente entre todos os clientes atendidos.

No contexto dos custos indiretos, surge o conceito do custo comum que é aquele incorrido para apoiar diversos objetos de custo, mas que não pode ser vinculado diretamente a nenhum deles (GARRISON ET AL, 2007). Ainda é possível que um custo seja classificado como direto e indireto, dependendo do objeto de custo em questão, a exemplo de um custo que para determinado serviço a ser prestado é direto, mas já na consecução de um outro serviço é indireto.

Existem alguns fatores que influenciam a classificação dos custos: a materialidade, a tecnologia disponível para coleta de informações, o *design* das operações e os acordos contratuais (HORNGREN ET AL, 1997). A materialidade está relacionada à importância que determinado custo tem na composição do custo total de um produto ou serviço e se deverá ser empenhado esforço na sua identificação. Quanto maior o custo, maior sua relevância no processo e por isso o esforço, os custos monetários e o tempo gastos na sua identificação são

justificáveis.

A tecnologia disponível para coleta de informação permite à entidade identificar e alocar de forma eficiente e os custos, contribuindo especialmente para o aumento na proporção de custos diretos alocados aos seus objetos de custo. Não podemos ignorar, no entanto, que a tecnologia disponível no mercado não é acessível a todas as organizações, especialmente aquelas cuja finalidade não é o lucro, mas sim a prestação de um serviço à sociedade e que no geral dispõem de recursos bastante escassos e que inviabilizam o acesso a tecnologias sofisticadas no gerenciamento de custos.

O *design* das operações se refere a como a estruturação das instalações da entidade podem impactar a classificação dos custos. Classificar um custo direto é mais fácil quando uma parte das instalações é utilizada exclusivamente para um objeto de custo. No caso dos custos de saúde de uma instituição filantrópica de atendimento ao idoso, é difícil identificar em quais partes específicas das instalações são prestados os serviços de saúde já que os custos de saúde assim como os cuidados de saúde estão disperso pela instituição em atividades diferenciadas.

Os acordos contratuais também influenciam a classificação dos custos à medida que facilitem a alocação de um determinado custo a seu objeto. Numa instituição que ofereça serviços de saúde a um idoso, os acordos contratuais podem ser representados por acordos formais ou não de exclusividade com fornecedores de medicamentos ou utensílios médicos auxiliando a alocação direta desses custos ao serviço de saúde prestado.

A identificação e classificação de custos serão sempre influenciadas por algumas variáveis e o processo deverá ser analisado sob a ótica do custo-benefício de obter as informações necessárias para sua alocação.

2.2 Custos de Saúde

Os custos de saúde, freqüentemente tratados na literatura como custos hospitalares, são aqueles atribuídos à produção de utilidades ou serviços de saúde. O aprofundamento no estudo desse tipo de custos foi impulsionado especialmente por dois fatores: a deficiência no sistema de saúde pública e o crescimento das empresas especializadas no oferecimento de serviços em saúde. Esses dois fatores despertaram o interesse, ainda que com propósitos diferentes, em alternativas para o controle desses custos.

As deficiências do sistema de saúde pública aliado aos gastos crescentes em saúde impingiram aos administradores públicos a preocupação com o controle e administração dos custos com saúde nas instituições públicas para combater a ineficiência dos serviços prestados, o desperdício de recursos e o déficit do estado.

O crescimento do mercado das empresas de serviços de saúde foi e ainda é marcado pela competição acirrada e inovações tecnológicas que modificaram significativamente a demanda e utilização de informações financeiras (ABBAS, 2004) e que elevaram o controle de custos a uma ferramenta gerencial estratégica na sobrevivência nesse mercado.

A informação detalhada sobre custos oferece maior esclarecimento sobre o seu comportamento e as variáveis que lhes influenciam nos diversos serviços de saúde (FALK, 2008). Esse conhecimento mais apurado permite melhor gerenciamento dos custos em procedimentos específicos ou em departamentos específicos, facilita um controle mais específico dos custos para diminuição ou substituição de itens mais onerosos na composição total dos custos, estabelecimento de taxas de serviço, planejamento estratégico e gerenciamento de pessoal médico e não médico em termos de produtividade e perfis operacionais de atendimento.

No entanto, o conhecimento dos custos de saúde é um processo complexo e moroso, pois depende da identificação de muitos componentes que perfazem as muitas atividades relacionadas ao cuidado da saúde. Como resultado disso, os hospitais, centros de saúde e

demais instituições que fornecem serviços de saúde estão num estágio em que não há integração das diversas informações geradas pelos sistemas de custos (OLIVEIRA, BRUNI, PAIXÃO e CARVALHO, 2007). Outro fator resultante dessa situação apontado por Llewellyn e Northcott (2005) é que as atividades e processos da vida do hospital se tornaram uma média, pois são transformadas para se conformar com a contabilidade dos custos médios e possibilitar sua apuração.

Nas instituições filantrópicas de atendimento ao idoso, entidade alvo deste estudo, as informações sobre os custos relacionados aos cuidados da saúde desse paciente específico podem auxiliar no gerenciamento e alocação eficiente dos recursos para cumprimento de seus objetivos, firmar contratos que diminuam os custos com os materiais utilizados nos serviços de saúde e no acompanhamento da produtividade nos funcionários específicos aos cuidados da saúde. Essas contribuições podem maximizar o benefício social promovido pela atuação dessas organizações.

A identificação e classificação dos custos de saúde são dificultadas pela complexidade dos serviços médicos. Os custos diretos são no geral representados pelos medicamentos, salários e encargos de enfermeiras, médicos envolvidos diretamente na consecução de procedimentos. Esses custos diretos não são totalmente variáveis, pois a quantidade de enfermeiros, por exemplo, é em alguns casos regulamentada por órgãos do governo e mesmo com uma redução no número de pacientes não é possível ajustar o quadro de funcionários.

Os custos indiretos são representados por lavanderia, higiene, suprimentos, nutrição, recepção e manutenção de equipamentos (CHING, 2001). Esses custos são rateados nos departamentos produtivos acumulando-se aos diretos. Outra alternativa é tratá-los como despesas, diretamente no resultado, como as despesas administrativas.

A compreensão do comportamento dos custos em saúde é fundamental para que entidades tenham suas decisões estratégicas suportadas por informações consistentes que conduzam à diminuição de gastos, aumento da receita ou ambos, além de auxiliar na melhoria de seu desempenho. Essa relação com desempenho foi analisada no estudo de Pizzinni (2006) o qual revelou que a habilidade de fornecer detalhes sobre custos está favoravelmente associada com a mensuração do desempenho financeiro, incluindo margem operacional, fluxo de caixa e administração de gastos.

2.3 Custos da Qualidade

A gestão da qualidade dos produtos e serviços é um fator que confere às entidades uma série de benefícios entre os quais é possível destacar o ganho de competitividade, economia, aumento de receitas e reforço na boa reputação que pode significar aumento na participação de mercado. Nas entidades cujo objetivo é a prestação de serviços sociais sem fins lucrativos, os custos de qualidade estão relacionados especialmente a melhoria contínua do serviço prestado e da extensão do benefício criado para sociedade.

Custos de qualidade referem-se a todos os custos incorridos para impedir defeitos ou resultantes da existência de defeitos em produtos (GARRISON ET ALI, 2007). Numa organização prestadora de serviços, os custos de qualidade compreendem o atendimento dos requisitos necessários para que o serviço prestado cumpra a sua finalidade tanto na perspectiva da entidade, mas também na satisfação do cliente a quem se destina. Nas empresas atuantes no Brasil, conforme verificado por Souza e Collaziol (2006), a aplicação de procedimentos direcionados à classificação e mensuração dos custos da qualidade é baixa, especialmente nas nacionais.

Na literatura contábil os custos de qualidade são classificados geralmente em quatro categorias: de prevenção, de avaliação, de falha detectada internamente e de falha detectada externamente (MARTINS, 2003; HORNGREN ET AL, 1997; GARRISON ET AL, 2007; MAHER, 2001). A explanação sobre essas categorias terá como foco o tipo de organização

alvo desse estudo.

Os custos de prevenção seriam aqueles incorridos para evitar a prestação de serviços em desacordo com as especificações ou objetivos da própria organização. Considerando a prestação de cuidados à saúde do idoso em uma instituição filantrópica, tais custos podem representar os custos incorridos para evitar eventuais complicações na saúde decorrentes de um serviço não integralmente prestado. As atividades de cuidado da instituição deveriam ser suficientemente abrangentes para atender todas as questões de saúde, evitando assim futuras doenças, complicações e custos advindos de um serviço de saúde inadequado ou incompleto.

Os custos de avaliação representam aqueles referentes à detecção das atividades ou serviços em desacordo com as especificações. Atividades mal executadas podem incorrer num produto final, no caso cuidado à saúde, ineficiente. Isso quer dizer que a entidade falhará no seu objetivo e poderá incorrer em custos financeiros e institucionais. Numa entidade como a estudada, custos referentes à revisão de procedimentos, podem identificar falhas de procedimentos relacionados à saúde como desinfecção e higienização dos idosos que podem gerar enfermidade e outros custos não desejáveis.

Os custos das falhas detectadas internamente dizem respeito aqueles ocorridos quando um serviço inconforme é detectado antes de impactar seu beneficiário. Numa instituição filantrópica de amparo ao idoso, falhas relacionadas a compras equivocadas de medicamentos, materiais inadequados podem ser identificadas antes do comprometimento do paciente, porém custos serão incorridos na correção dos equívocos cometidos.

Os custos da falha detectada externamente são os incorridos quando o procedimento ou serviço inadequado é somente identificado após ser prestado ao cliente. Nesse caso, serviços de saúde mal prestados podem incorrer em custos financeiros e de imagem institucionais muito maiores, pois podem causar grande prejuízo ao beneficiário. No caso da entidade de amparo ao idoso esses custos podem significar penalidades financeiras traduzidas em multas e prejuízos à imagem que podem impactar sua arrecadação de recursos perante os doadores da sociedade e as subvenções repassadas pelo governo.

Estudos práticos realizados em instituições podem indicar os benefícios reais advindos dos custos de qualidade decorridos da melhoria de processos. É o caso da pesquisa de Lagioia, Falk, Ribeiro e Libonati (2008) que investigou as conseqüências da padronização de procedimentos por protocolos no Hospital das Clínicas de Pernambuco e verificou a redução no tempo de esperar para realização de cirurgia, diminuição no tempo médio de internação, retração de 20 minutos no tempo médio de cirurgia e redução em todos os custos direto de internação.

As vantagens dos custos de qualidade associados às instituições sem fins lucrativos se resumem ao fato de que a melhoria continua de seus serviços contribuem para seu objetivo de atuar responsavelmente no ambiente social promovendo o bem-estar coletivo.

3 Metodologia

No intuito de atingir os objetivos desse estudo foi utilizada a estratégia de pesquisa do estudo de caso que segundo Yin (2005) se trata de uma investigação empírica que investiga o fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real particularmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. O desenvolvimento do estudo foi feito em etapas que consistiram em visita à entidade, entrevista com os responsáveis pela administração tanto financeira como operacional, observação direta do funcionamento da instituição, coleta de informações documentadas e registros, análises de dados, construção de tabelas e resultados.

A visita à entidade foi feita em duas ocasiões, sendo a primeira com a finalidade de entrevistar a coordenadora da casa para obter as informações sobre o funcionamento da casa,

os tipos de atividades desenvolvidas, a capacidade, os projetos em desenvolvimento e futuros, a quantidade de funcionários e funções desenvolvidas, as regulamentações a que a instituição está sujeita.

Nessa ocasião foi esclarecida as atividades desenvolvidas na casa para atendimento aos idosos e especificadas aquelas relacionadas à saúde como higiene, medicamentos, transporte para atendimento médico de emergência, consultas e projetos para a melhoria da saúde como a contratação de uma nutricionista permanente. O conhecimento do projeto de contratação de nutricionista possibilitou identificar a existência de custos de qualidade relacionados à saúde dos idosos que foram analisados na seção posterior mediante confronto com a teoria sobre o tema. Foi informado ainda que a instituição segue a Resolução da Diretoria Colegiada Nº 283/2005 da ANVISA (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA) que define as normas de funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos de caráter residencial.

A segunda visita objetivou entrevistar o administrador financeiro da entidade para obter as informações sobre os custos das instituições, se eles eram identificados e controlados, quais eram as fontes de recursos, se existia o controle dos gastos por idoso e se existia necessidade de prestação de contas à algum órgão da administração pública.

Nesse encontro foi identificado que as finanças da instituição são controladas via software *Microsoft Money* em que existe uma conta geral referente aos rendimentos e despesas do lar e uma conta individual para cada idoso abrigado pela entidade. As contas de rendimentos do lar são representadas essencialmente pelas contribuições regulares de associados à instituição, doações eventuais de benfeitores, subvenção do governo do Distrito Federal e da retenção de metade da aposentadoria dos abrigados. As contas de despesa da instituição são compostas por despesa administrativas, de alimentação, de infraestrutura, de recursos humanos, de saúde, de lavanderia, de hospedagem e de transporte.

As contas destinadas ao acompanhamento individual por idoso refletem os recursos devidos a cada idoso no tocante à sua aposentadoria quando ele é beneficiário do INSS e suas despesas. As despesas refletem os gastos dispendidos por cada idoso com saúde, hospedagem, lazer, higiene, despesas pessoais e outras compras.

A coleta de informações documentais ocorreu mediante disponibilização de documentos do tipo plano de trabalho da instituição, legislação pertinente, mapa de atendimentos referente à prestação de contas mensal dos idosos abrigados à Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda (SEDEST) e folha de pagamento. Através do administrador financeiro obteve-se o acesso aos registros e todas as informações sobre movimentações de recursos do lar e também dos recursos e gastos de cada idoso disponíveis em arquivos do software *Microsoft Money*.

A análise das informações foi iniciada pela leitura minuciosa dos relatórios disponibilizados pelo software da instituição. Optou-se por trabalhar com as informações do ano de 2008 pelo fato das informações refletirem um período recente, considerável e que pudesse conferir maior confiabilidade à pesquisa. Outra opção feita foi a de trabalhar com os dados referentes aos recursos e despesas de cada idoso, por entender que dessa forma a informação seria mais específica e qualitativa, evitando possíveis distorções e generalizações advindas da análise dos dados gerais da entidade.

Convencionou-se por segregar os 54 idosos abrigados na casa durante o período de 2008 conforme os graus de dependência definidos pela Resolução 2833/2005 da ANVISA. Segundo essa resolução, os idosos se dividem em três graus de dependência. O grau de dependência I enquadra idosos independentes, mesmo que requeiram equipamentos de auto-ajuda. O grau II congrega idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para com a vida diária (alimentação, higiene e mobilidade), sem comprometimento cognitivo ou alteração cognitiva controlada. O grau III se refere aos idosos com dependência de todas as

atividades de autocuidado e ou com comprometimento cognitivo.

Separados os idosos por grau de dependência, partiu-se para identificação dos custos de saúde diretos e indiretos. Foram encontrados os seguintes custos diretos: fraldas, remédios, umidificador, consultas, exames, acompanhantes de internação. Os custos indiretos identificados foram cuidadores, transportes e materiais de enfermagem. Na categorização dos custos foi utilizado o critério de que somente seriam considerados de saúde aqueles que fossem exclusivos e diretamente atribuíveis à prestação do serviço de cuidado à saúde do idoso, sendo excluídos outros custos como os relacionados à alimentação que são intrínsecos à atividade de abrigo fornecida pela entidade.

O próximo passo foi a construção de uma planilha que relacionava cada um dos idosos analisados e os valores médios mensais de cada custo de saúde identificados. Para obter esses valores foi consultado o relatório anual de 2008 de cada um dos idosos e posteriormente esse valor foi dividido pelos meses em que o idoso permaneceu abrigado no lar, obtendo-se assim o custo médio mensal para cada item. Esse procedimento foi necessário porque o relatório espelhava as despesas pelo fluxo de caixa e não pela competência, desse modo, uma compra em lote que serviria para um período de vários meses apresentava seu valor de desembolso em apenas um mês, distorcendo o custo de saúde mensal.

Os valores referentes ao custo de fraldas já se encontrava no relatório e como a compra desse item é realizada em grandes lotes a cada período de tempo, foi necessário ratear o valor total do exercício para cada idoso pelos meses que ele permaneceu no lar. O valor lançado no relatório do software já havia sido rateado anteriormente pelo administrador financeiro conforme o consumo diário e mensal obtido junto à coordenação operacional da entidade.

O valor dos transportes se refere às despesas com táxi e ambulâncias particulares utilizados exclusivamente para transportar os idosos do lar até os hospitais e consultórios médicos. Os materiais de enfermagem se referem a utensílios utilizados pelos cuidadores e necessários aos procedimentos de saúde desenvolvidos para o cuidado dos idosos como luvas cirúrgicas e seringas. Esses utensílios também são adquiridos em lote em intervalos de tempo e já lançados nos relatórios individuais dos idosos conforme rateio feito pelo administrador financeiro com base no consumo informado pela coordenação do lar.

Os remédios são lançados nos relatórios dos idosos segundo seu consumo individual e a partir do gasto total anual individual foi estabelecido o gasto mensal médio pela divisão de acordo com os meses de abrigo de cada idoso. Os custos de umidificador foram considerados por serem fruto de solicitação médica específica conforme estado de saúde de cada abrigado do lar. O valor médio mensal dos exames foi obtido pelas informações individuais desses gastos disponíveis no relatório de cada idoso e o gasto total também foi dividido pelos meses de permanência na instituição.

Uma coluna de custos designada de “Outros” foi constituída para alguns custos mais esporádicos referentes a consultas médicas, nutricionista e acompanhante de internação. Por aparecerem com muito menos frequência que os demais custos, sua incidência não justificava colunas individuais na planilha e se um idoso apresentava mais de uma dessas ocorrências os valores eram somados na mesma coluna.

Na obtenção da média mensal de custo com cuidadores foi observada a disposição da Resolução Nº 283/2005 ANVISA que determina um cuidador para cada 20 idosos do grau de dependência I, um cuidador para cada 10 idosos do grau de dependência II e um cuidador para cada 6 idosos do grau de dependência III. Na entidade existem 11 abrigados do grau I, 21 abrigados do grau II e 22 abrigados do grau III, obtendo-se assim as seguintes proporções de cuidadores respectivamente 0,55, 2,1 e 3,66. Como a resolução permite em caso de fração compartilhar cuidadores entre duas categorias de idosos e considerando que como esses profissionais trabalham em regimes de turnos de 12 horas, foi utilizado para efeito de cálculo e rateio dos custos a seguinte proporção: 10 cuidadores para os graus I e III; 4 cuidadores para

o grau II.

No rateio dos salários e encargos dos cuidadores foram considerados apenas o salário padrão bruto do cuidador de R\$ 547,50, mais a contribuição ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) à alíquota de 8%, mais contribuição ao INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social) e mais o vale transporte à alíquota de 6%. Os demais encargos como férias e décimo terceiro salário foram desconsiderados, pois segundo informação da administração rotatividade desses funcionários é grande tornando esses custos pouco importantes e além disso, cálculos tão precisos dessa natureza não são o objetivo desse trabalho.

Finalizada a planilha com todos os custos mensais de saúde por idoso, procedeu-se a segregação dessas informações por grau de dependência gerando-se assim três novas planilhas. A partir dos dados do custo médio de cada item de saúde por idoso em cada uma das planilhas por grau de dependência, calculamos a média aritmética de todos os custos e a representatividade de cada um desses itens no custo total dentro de cada realidade de dependência.

Para cada idoso de cada uma das planilhas por grau de dependência foram somados os custos de saúde médios mensais, obtendo-se assim um custo total mensal com saúde. A partir do custo mensal com saúde de cada idoso foi possível calcular a média e o desvio-padrão do custo mensal com saúde por grau de dependência. O custo de saúde mensal do idoso foi comparado com o recurso destinado a ele mensalmente e também com o gasto total para manutenção do idoso na entidade.

Foram considerados como recursos mensalmente destinados à manutenção do idoso na instituição a metade do benefício da aposentadoria e o repasse do governo do Distrito Federal. A metade da aposentadoria do idoso é retida pela instituição a fim de auxiliar no custeio das despesas da entidade e para efeito de cálculo será considerado o salário mínimo vigente em 2008 de R\$ 415,00 visto que no mínimo 83% dos abrigados recebem esse valor. O subsídio do governo estabelece como critério para os valores destinados apenas a dependência ou independência dos idosos em relação aos autocuidados. Para cada idoso independente a instituição recebe a quantia de R\$183,00 e para cada dependente R\$213,00.

Para calcular o percentual que os custos com saúde por idoso representa dos gastos totais por idoso, todas as outras despesas do lar contidas nos relatórios emitidos pelo software foram somadas obtendo-se o valor mensal e depois divididas pelos 54 idosos analisados. O valor dos outros gastos por idosos foi somada aos custos mensais médios conforme o grau de dependência chegando ao custo total mensal por idoso. Posteriormente foi feita para cada grau de dependência a razão entre os custos de saúde mensais por idoso e o custo total por idoso.

A partir de todos os cálculos obtiveram-se as seguintes informações por idoso pertencente a cada grau de dependência: Percentual dos custos com saúde sobre a renda do INSS, Percentual dos custos com saúde sobre o repasse do governo do Distrito Federal, Percentual dos custos com saúde sobre a renda total e percentual dos gastos com saúde sobre os gastos totais.

Numa outra etapa foi utilizada o Coeficiente de Pearson no Microsoft Excel para identificar a existência de correlação entre a variável grau de dependência e a variável custo com saúde médio mensal por idoso para verificar se o aumento da dependência é acompanhado pelo aumento dos custos com saúde. A análise estatística mais utilizada para correlação entre variáveis é o coeficiente de Pearson (r) para dados paramétricos (Watsham e Parramore, 2006):

$$r = \frac{N \sum xy - (\sum y)(\sum x)}{\sqrt{[N \sum x^2 - (\sum x)^2][N \sum y^2 - (\sum y)^2]}} \quad (1)$$

A partir de todos os procedimentos descritos anteriormente foi possível atender aos objetivos propostos na seção introdutória desse trabalho.

4 Resultados e Análises

4.1 Identificação e relevância dos custos de saúde por grau de dependência

Tabela 1 – Custos mensais médios por idoso do grau de dependência I

Item	Valor (R\$)
Custo Médio Mensal de Cuidadores	207,38
Custo Médio Mensal de Remédios	29,61
Custo Médio Mensal de Umidificador	4,75
Custo Médio Mensal de Transportes	3,62
Custo Médio Mensal de Material de Enfermagem	2,25
Custo Médio Mensal de Exames	0,75
Custo Médio Mensal de Fraldas	0,00
Custo Médio Mensal de 'Outros'	0,00

Fonte: Elaboração própria

Tabela 2 – Custos mensais médios por idoso do grau de dependência II

Item	Valor (R\$)
Custo Médio Mensal de Cuidadores	130,36
Custo Médio Mensal de Remédios	60,12
Custo Médio Mensal de Material de Enfermagem	25,56
Custo Médio Mensal de Fraldas	18,16
Custo Médio Mensal de Transportes	12,13
Custo Médio Mensal de 'Outros'	9,72
Custo Médio Mensal de Umidificador	1,5
Custo Médio Mensal de Exames	1,45

Fonte: Elaboração própria

Tabela 3 – Custos mensais médios por idoso do grau de dependência III

Item	Valor (R\$)
Custo Médio Mensal de Cuidadores	207,38
Custo Médio Mensal de Remédios	39,85
Custo Médio Mensal de Material de Enfermagem	35,22
Custo Médio Mensal de 'Outros'	21,71
Custo Médio Mensal de Fraldas	21,25
Custo Médio Mensal de Transportes	7,28
Custo Médio Mensal de Umidificador	5,76
Custo Médio Mensal de Exames	2,09

Fonte:Elaboração própria

As tabelas acima foram ordenadas por ordem decrescente de valor e com isso foi possível verificar que os custos de saúde mais relevantes, independente do grau de dependência do idoso, são os referentes aos cuidadores e aos remédios. A partir daí a relevância dos custos passa a ser diferenciada de acordo com o grau de dependência. O custo atribuído ao material de enfermagem é o 3º mais relevante nos graus II e III e é praticamente incipiente no grau I. Isso pode ser explicado pelo fato da independência gerar menos necessidade de dispêndio de materiais de enfermagem como luvas utilizadas frequentemente na higienização dos idosos dependentes. Os custos que aparecem zerados na tabela 1 podem sugerir que a independência desses idosos resulta na redução ou não incidência de alguns custos.

Outras inferências podem ser feitas a partir das tabelas anteriores como, por exemplo, a relação positiva entre o grau de dependência e o aumento nos custos de fraldas, materiais de enfermagem, exames e ‘outros’. Essa relação pode indicar que para esses determinados custos quanto maior a necessidade de cuidados especiais, maior serão seus valores. Para os outros itens essa correlação entre grau de dependência e valores dos custos não é tão evidente. O custo de transportes e de remédios é maior no grau II, o que inviabiliza dizer que quanto maior a dependência maior a necessidade de remédios.

O custo de umidificadores é maior para os idosos independentes do que naqueles com grau II o que pode indicar que determinadas necessidades são extrínsecas à dependência do abrigado, mas sim relacionada a seu estado de saúde. No caso do custo com cuidadores, os valores estão subordinados ao rateio baseado na resolução da ANVISA que limita o número de cuidadores por grau de dependência.

4.2 Custo mensal médio por idoso

Tabela 4 – Médias mensais e desvios padrão do custo por idoso

Grau de Dependência	Custo Mensal Médio por Idoso (R\$)	Desvio Padrão do Custo Mensal Médio (R\$)
I	244,98	31,63
II	259,03	58,28
III	340,55	68,85

Fonte:Elaboração própria

Verificamos na tabela acima que o custo médio mensal com saúde por idoso aumenta conforme se eleva o grau de dependência deste. Isso pode sugerir que idosos mais dependentes inspiram mais cuidados que incorrem em custos mais elevados. No entanto, o desvio nos três graus de dependência é verificado um desvio padrão alto o que indica que existem custos mensais de alguns idosos que destoam bastante da média da categoria a que pertencem.

Através da análise minuciosa dos custos foi verificado que alguns custos se comportam de maneira muito variável, especialmente os custos com remédios que no geral são bastante relevantes dentro da composição geral e não seguem um padrão de comportamento entre as categorias em que os idosos estão classificados. Isso quer dizer que o custo com remédio se apresentou maior para idosos com grau I de dependência do que idosos do grau III e em alguns casos impulsionou o custo mensal com saúde de idosos independentes acima do custo mensal com saúde de idosos com dependência.

Esse comportamento é um fator importante, pois conforme exposto anteriormente o

repasse de recursos do governo local é feito mediante critério de dependência e independência, sendo que o maior valor é destinado aos abrigados com dependência. Esse resultado indica que outros critérios poderiam ser analisados para a destinação de verbas como, por exemplo, o estado de saúde do idoso, se possui doenças crônicas como diabetes, hipertensão e que exija alto dispêndio de medicamentos. Os critérios deveriam se basear em indicadores mais sofisticados para que a alocação dos recursos fosse mais eficiente na garantia da qualidade de vida desses idosos.

Essa dispersão entre o grau de dependência e o custo médio mensal do idoso pode ser reforçada através do teste de correlação de Pearson feito entre o custo médio mensal de todos os idosos e seus respectivos graus de dependência. Obteve-se um coeficiente de correlação de 0,55, bastante insuficiente para afirmar com certeza que os custos aumentam proporcionalmente com o aumento da dependência do idoso.

4.3 Custo mensal médio *versus* recursos mensais

Tabela 5 – Percentuais dos custos sobre as rendas

Item	Grau 1	Grau 2	Grau 3
Percentual dos Custos com Saúde sobre a Renda do INSS	118,06%	124,83%	164,12%
Percentual dos Custos com Saúde sobre Repasse do GDF	133,87%	121,61%	159,88%
Percentual dos Custos com Saúde sobre a Renda Total	62,73%	61,60%	80,99%
Percentual dos Custos com Saúde sobre os Gastos Totais	41,81%	43,17%	49,97%

Fonte:Elaboração própria

Na primeira linha foi confrontado o valor do custo médio mensal por idoso com a renda referente à metade do benefício de aposentadoria do idoso que representa meio salário mínimo e é retido pela entidade para custeio das despesas. Para o grau de dependência I os custos com saúde excedem em 18% o valor do recurso do benefício e esse déficit aumenta conforme sobe o grau de dependência.

Numa segunda análise foi identificado o quanto representam os custos com saúde dos recursos destinados à instituição pelo governo do Distrito Federal. Como o menor valor repassado à entidade, relativo aos abrigados independentes, é inferior a meio salário mínimo, os recursos destinados aos abrigados e grau I são ainda mais deficitários. Nos graus II e III os recursos também se apresentam insuficientes, mas um pouco menos se comparados aos índices obtidos com a renda do INSS. Ficou evidente nesse caso que os recursos destinados pelo estado não satisfazem sequer as despesas com saúde dos idosos.

Foi constatado que nessa instituição os custos com saúde representam de 62 a 81% dos recursos auferidos para o atendimento dos idosos. Esses números são bastante expressivos visto que existem uma série de outros custos que não se referem à saúde mas que deverão ser cobertos pelos mesmos recursos, restando apenas no caso do grau III, 20 % dos recursos totais para todas as outras atividade de atendimento ao idoso como lazer, alimentação entre outros.Na seqüência, os passos da formatação são especificados e detalhados.

No confronto dos custos com saúde com os custos totais observou-se que estes compõem até 50% de todo o custo de amparo ao idoso nessa instituição. Esse resultado pode sugerir que numa instituição permanência longa para o idoso os custos com saúde são muito expressivos e devem ser considerados com atenção pelos administradores desse tipo de entidade, pois a gestão adequada desses custos pode significar o equilíbrio na posição financeira da organização.

4.4 Análise de um custo de qualidade

Um projeto de melhoria na qualidade de vida dos idosos foi implantado no início de 2009. Houve a contratação de uma nutricionista para cuidar da alimentação dos abrigados da entidade. A contratação incorreu num custo de qualidade referente ao pagamento dos salários e encargos dessa funcionária e pode ser classificado como um custo de prevenção.

A caracterização desse custo como de prevenção se dá pelo fato de que a atuação da nutricionista contribui para a prestação e que evita que o serviço de saúde de qualidade, objetivo da entidade, não seja prestado em desacordo com os padrões de saúde e normas regulamentadas pela ANVISA e, finalmente, evita que o idoso tenha complicações na sua saúde.

Os custos de qualidade implicam na redução dos custos de falha interna e externa ao longo do tempo. Essa redução nos custos de falhas na instituição foi ratificada pela coordenadora que informou que a atuação da nutricionista causou redução nos problemas gástricos dos idosos e também diminuição bastante significativa de diarreias. Essas conseqüências da atuação significam êxito no cuidado à saúde do idoso e também representam redução de outros custos como de remédios para conter os problemas gástricos e decréscimo no custo de fraldas utilizadas com mais freqüência nos paciente com diarreia.

5 Considerações Finais

Este trabalho possibilitou um estudo prático na questão dos custos de saúde numa instituição filantrópica. Seu diferencial foi combinar a questão dos custos de saúde à perspectiva de uma instituição filantrópica, algo que não foi feito anteriormente, abrindo assim um novo horizonte para o aprofundamento de questões específicas em futuras pesquisas a serem realizadas tanto na esfera acadêmica como na governamental com a finalidade de encontrar um modelo mais adequado de distribuição de recursos capaz de satisfazer com eficiência e qualidade as necessidades de saúde dos idosos.

Através do estudo foi possível identificar quais os itens que compõem os custos de saúde numa instituição de amparo ao idoso e aqueles mais impactantes no custo total que são os relacionados aos salários e encargos dos cuidadores seguido pelo custo de remédios. Esse resultado é relevante para as entidades que desenvolvem esse tipo de atividade, pois evidenciam a importância de determinados gastos que adequadamente gerenciados podem resultar em uma melhora na posição financeira.

Observou-se que os custos de saúde representam cerca de 50 % dos custos totais de manutenção dos idosos nas instituições de longa permanência e ainda que esses custos variam em função do grau de dependência apresentado pelo idosos, mas sem que essa relação de variação represente uma correlação significativa. Essa observação indica que o repasse de recursos da administração pública conforme o grau de dependência não reflete com exatidão a realidade dos custos de saúde do idoso.

A partir dos resultados obtidos nesse estudo novos trabalhos podem ser desenvolvidos com a finalidade de quantificar os custos de qualidade na saúde. Podem ser criados modelos de custos mais sofisticados para esse tipo de instituição que resultem num custo unitário por idoso mais exato e que seja uma ferramenta gerencial de mais utilidade para os administradores dessas entidades.

Referências

ABBAS, K. **Gestão hospitalar – Custeio Baseado em Atividades versus Métodos Tradicionais**. In: XI Congresso Brasileiro de Custos – Porto Seguro, BA, Brasil, 2004.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da Diretoria Colegiada Nº283/2005**. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em 28/07/2009.

CHING, H. Y. **Manual de Custos de Instituições de Saúde**. São Paulo: Atlas, 2001.

FALK, J.A. **Gestão de Custos para Hospitais: conceitos, metodologias e aplicações**. São Paulo: Atlas, 2008.

GARRISON et al. **Contabilidade Gerencial**. Rio de Janeiro: LTC, 2007.

HORNGREN et AL. **Contabilidade de Custos**. Rio de Janeiro: LTC, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2000**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 28/07/2009.

LAGIOIA, U. C. T; FALK, J.A.; FILHO, J.F.R.; LIBONATI, J.J. **A gestão por processos gera melhoria de qualidade e redução de custos: o caso da unidade de ortopedia e traumatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco**. Revista Contabilidade & Finanças. nº 48 setembro/dezembro de 2008.

LLWELLYN, S.; NORTHCOTT, D. **The average hospital**. Accounting, Organizations and Society v. 30, 2005.

MARTINS, E. **Contabilidade de Custos**. São Paulo: Atlas, 2003.

OLIVEIRA, A.D.S; BRUNI, A.L; PAIXÃO, R.B.; CARVALHO, C.V.J. **Estratégia, Custos e Hospitais: Um Diagnóstico na Cidade de Salvador, Bahia (2006)**. In: XIV Congresso Brasileiro de Custos – João Pessoa, PB, Brasil, 2007.

PIZZINI, M.J. **The relation between cost-system design, managers evaluations of the relevance and usefulness of cost data, and financial performance: an empirical study of US hospitals**. Accounting, Organizations and Society v. 31, 2006.

POLLO, S. H. L; ASSIS, M. **Instituições de longa permanência para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. v.11 n.1 Rio de Janeiro 2008.

SOUZA, M.A.; COLLAZIOL, E. **Planejamento e controle dos custos de qualidade: uma investigação da prática empresarial**. Revista Contabilidade & Finanças. nº 41 maio/agosto de 2006.

WATSHAM, T.; PARRAMORE, K.. **Quantitative Methods for Finance**. London: Thomson Learning, 2006.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.