UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE E ATUÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS

CUSTEIO ALVO EM SERVIÇOS HOSPITALARES
– Um estudo sob o enfoque da gestão estratégica de custos –

Reinaldo Rodrigues Camacho

Orientador: Prof. Dr. Welington Rocha

SÃO PAULO

2004

Prof. Dr. Adolpho José Melfi
Reitor da Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Maria Tereza Leme Fleury
Diretora da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Prof. Dr. Reinaldo Guerreiro
Chefe do Departamento de Contabilidade e Atuária

Prof. Dr. Fábio Frezatti
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis

REINALDO RODRIGUES CAMACHO

CUSTEIO ALVO EM SERVIÇOS HOSPITALARES

– Um estudo sob o enfoque da gestão estratégica de custos –

Dissertação apresentada ao Departamento de Contabilidade e Atuária da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências Contábeis.

Orientador: Prof. Dr. Welington Rocha

SÃO PAULO

2004

Dissertação defendida e aprovada no Departamento de Contabilidade e Atuária da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo – Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, pela seguinte banca examinadora:

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Seção de Publicações e Divulgação do SBD/FEA/USP

Camacho, Reinaldo Rodrigues

Custeio alvo em serviços hospitalares: um estudo sob o enfoque da gestão estratégica de custos / Reinaldo Rodrigues Camacho. -- São Paulo, 2004.

166 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 2004

Bibliografia.

1. Contabilidade gerencial 2. Hospitais 3. Administração estratégica de custos I. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da USP II. Título.

CDD – 658.151

À Marta, minha esposa.

Agradeço a Deus pelo dom da vida, da sabedoria e do amor. Ele me fez perseverante e estou certo que, sem Ele, pouco ou quase nada teria sido feito.

A meus pais pelas inesgotáveis virtudes que deixaram como exemplo e, também, pelas muitas orações.

A minha esposa Marta e meus filhos Lucas e Isabela. Eles toleraram com muita paciência os efeitos colaterais da jornada do mestrando.

Ao Paulo, meu irmão, pelo encorajamento e palavras de incentivo.

Ao Juliano, meu irmão caçula. Você faz muita falta entre nós.

Sou especialmente grato ao professor Welington Rocha, que me orientou e zelou para que nem a pesquisa nem eu caíssemos nas fendas que insistiam em abrir-se à nossa frente. Sua competência, compreensão e humildade são qualidades que ficaram evidentes durante o período que me orientou. Hoje somos amigos.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da FEA/USP , pela atenção e dedicação com que transmitiram seus conhecimentos.

Aos professores e amigos da Universidade Estadual de Maringá - UEM, Mário Lonardoni, Alice de Fátima Rodrigues e Márcio Luiz Borinelli, pelo apoio e amizade.

Aos colegas da 4ª turma de “estrangeiros”, minha gratidão pelo companheirismo e por tudo que passamos juntos.

Aos professores Gilberto de Andrade Martins e Wladimir Guimarães Correa Taborda, membros da minha banca de qualificação, obrigado pelas valiosas críticas e sugestões. É uma honra tê-los como avaliadores deste trabalho.

Ao hospital onde realizei a pesquisa, à sua diretoria, corpo clínico, equipe de funcionários e, em especial a Sra Eunice Alvarenga de Paiva que disponibilizou tempo e informações para que eu pudesse realizar o estudo.

À FINECAFI, CAPES e Conselho Federal de Contabilidade pelo apoio financeiro.

“Qualquer trabalho científico, qualquer descoberta, qualquer invenção é um trabalho universal. Ele está condicionado, em parte pela cooperação de contemporâneos, em parte pela utilização do trabalho de seus predecessores...”

Karl Marx

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo verificar a viabilidade e identificar as peculiaridades da aplicação do Custeio Alvo em serviços hospitalares. Como produto teste da pesquisa, elegeu-se a cesariana realizada em pacientes via planos de saúde com internação em apartamentos *Standard*. Visando alcançar os objetivos da pesquisa, utilizou-se diversas fontes de dados e informações, tais como: levantamento bibliográfico, questionário, entrevistas, observação direta dos processos e atividades, e levantamento de dados nos relatórios contábeis, financeiros e administrativos da entidade objeto deste estudo de caso. A literatura pesquisada forneceu subsídios para entender e explicar o processo de aplicação do Custeio Alvo em serviços hospitalares. Paralelamente à pesquisa bibliográfica, elaborou-se um questionário que foi aplicado em um grupo de 50 (cinquenta) mulheres com o objetivo de verificar a percepção delas em relação ao grau de importância de cada atributo do produto teste. Além disso, foram realizadas entrevistas com os gestores da entidade com o objetivo de verificar como são estabelecidos os preços e margens da cesariana realizada em pacientes via planos de saúde. A análise documental realizada em planilhas de custos, balancetes, e demais relatórios contábeis, financeiros e administrativos contribuiu para conhecer os procedimentos adotados pela instituição para mensurar e controlar seus custos e receitas. Antes de testar a aplicabilidade do Custeio Alvo a produtos e serviços hospitalares através de um caso prático, verificou-se, primeiramente, sua possível aplicação em termos teóricos, ou seja, verificando se os princípios e requisitos do Custeio Alvo, tal como foram expostos nos tópicos 2.5 e 2.6 são aplicáveis a este segmento. Na sequência, foi possível demonstrar passo a passo, o processo de aplicação do Custeio Alvo em serviços hospitalares, além de se constatar alguns aspectos específicos da aplicação do Custeio Alvo em serviços hospitalares não encontrados na literatura consultada.

ABSTRACT

This research aimed at verifying the practicability of the Target Costing application to hospital services, as well as identifying its peculiarities. The caesarian operation was selected as the research test product, when carried out in patients hospitalized in standard room, using health plan. Based on such purposes, several data and information sources were used such as: bibliographic survey, questionnaire, interviews, direct observation of the processes and activities, and data survey in accounting, financial and administrative reports from the entity chosen for this case study. The literature provided subsidies to understand and explain the Target Costing application process in hospital services. A questionnaire was also performed and applied to a group of 50 (fifty) women in order to verify their perception of the importance degree of each test product characteristic. Besides, some interviews with the entity directors were accomplished to verify how the caesarian prices and margins are established for patients with health plan. The documental analysis carried out in cost spreadsheets, balance sheets and other accounting, financial and administrative reports contributed to know the procedure adopted by the entity to measure and control its costs and revenues. Before testing the Target Costing applicability to hospital products and services using a practical case, at first, the possibility of the application was analized in theoretical terms, that is, it was verified if the Target Costing principles and requisites are applicable to this segment, as they were exposed in 2.5 and 2.6 topics. After that, it was possible to demonstrate the Target Costing application process in hospital services, step by step, and to find out some specific aspects of the Target Costing application in hospital services not found in the literature verified.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	3
1 INTRODUÇÃO	4
1.1 Antecedentes do problema	4
1.2 O problema.....	6
1.3 Questões de pesquisa	7
1.4 Objetivos geral e específicos.....	8
1.5 Hipótese	9
1.6 Método, técnicas e tipo da pesquisa	9
1.7 Delimitação do estudo	10
1.8 Formatação, referências bibliográficas e citações	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 Definição do Custeio Alvo.....	13
2.2 Breve histórico do Custeio Alvo	21
2.3 Objetivos do Custeio Alvo.....	24
2.4 Características do Custeio Alvo	26
2.5 Princípios do Custeio Alvo	28
2.6 Requisitos do Custeio Alvo.....	31
2.7 Processo do Custeio Alvo	36
2.8 Engenharia do Valor.....	44
3 MÉTODO E TÉCNICAS DA PESQUISA	49
3.1 Introdução	49
3.2 Protocolo para o estudo de caso	51
3.2.1 Visão geral do projeto do estudo de caso.....	51
3.2.2 Procedimentos de campo para coleta de dados	54
3.2.3 Questões do estudo de caso	63
3.2.4 Guia para o relatório do estudo de caso	64

4	RELATO DA EXPERIÊNCIA NA EMPRESA.....	65
4.1	Breve histórico dos hospitais no Brasil.....	65
4.2	Perfil da entidade objeto do estudo de caso	65
4.3	O produto teste	66
4.4	Verificação do grau de aderência dos princípios e requisitos do Custeio Alvo a produtos e serviços hospitalares.....	68
4.5	Fluxograma de aplicação do Custeio Alvo a produtos e serviços hospitalares.....	76
4.6	A aplicação do Custeio Alvo na empresa objeto do estudo de caso	80
4.6.1	Pacote Cesariana – redefinição do produto	81
4.6.2	Definição do Preço Alvo para o Pacote	82
4.6.3	Definição da Margem Objetivada para o Pacote	83
4.6.4	Cálculo do Custo Meta do Pacote.....	85
4.6.5	Cálculo do Custo Estimado (CE).....	85
4.6.6	Comparação do Custo Meta com o Custo Estimado do Pacote Cesariana	95
4.6.7	Aplicação da Engenharia do Valor (EV) para eliminar o Custo Alvo.....	95
4.6.8	Modificação no projeto do Pacote	107
4.6.9	Recálculo do Custo Estimado.....	117
4.6.10	Nova comparação do Custo Meta com o Custo Estimado	117
4.6.11	Relançamento do produto.....	118
4.7	Considerações sobre a aplicação do Custeio Alvo em entidades hospitalares	119
4.8	Comparação entre a aplicação do Custeio Alvo em entidades hospitalares e a literatura pesquisada.....	121
5	CONCLUSÕES	127
	REFERÊNCIAS	132
	APÊNDICES.....	138

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - O custo alvo de acordo com as duas correntes de pensamento.....	20
Tabela 2 - Margem alvo objetivada para o pacote - Em percentual	84
Tabela 3 - Cálculo da Margem Objetivada para pacote	85
Tabela 4 - Cálculo do Custo Meta do pacote - Em Reais.....	85
Tabela 5 - Custo estimado dos materiais hospitalares utilizados no pacote.....	88
Tabela 6 - Custo estimado dos medicamentos utilizados no pacote.....	89
Tabela 7 - Planilha de custos das diárias hospitalares da Maternidade e Berçário.....	90
Tabela 8 - Planilha de custos do Centro Cirúrgico Obstétrico	94
Tabela 9 - Custo Estimado do pacote cesariana - Em Reais	95
Tabela 10 - Comparação do Custo Estimado com o Custo Meta do pacote	95
Tabela 11 - Grau de importância dos atributos da cesariana.....	97
Tabela 12 – Grau de Importância Relativa (IR) dos recursos necessários para atender aos atributos da cesariana.....	99
Tabela 13 - Custo estimado dos recursos utilizados no pacote cesariana	102
Tabela 14 - Custo Relativo (CR) e Índice de Valor (IV) dos recursos	107
Tabela 15 - Índices de Valor (IV) < do que 1.....	108
Tabela 16 - Índices de Valor (IV) > do que 1.....	114
Tabela 17 - Atributos da cesariana que não fazem parte do pacote ou cujos recursos são irrelevantes ou não mensuráveis	115
Tabela 18 - Decisões tomadas e reduções de custos obtidas.....	117
Tabela 19 - Novo Custo Estimado do pacote cesariana - Em Reais.....	117
Tabela 20 - Nova comparação entre o Custo Estimado e o Custo Máximo Admissível	118
Tabela 21 - Demonstração Sintetizada de Resultados	118

1 INTRODUÇÃO

1.1 Antecedentes do problema

Esta pesquisa se ocupa, fundamentalmente, em investigar, demonstrar e apontar uma possível solução para um problema que os hospitais privados brasileiros vêm enfrentando atualmente. Os meios de comunicação têm divulgado, com certa frequência, as discussões existentes entre os planos de saúde, de um lado, segurados e médicos de outro, no que se refere a reajustes de preços de mensalidades e consultas. De um lado, os segurados alegam que os reajustes são abusivos; de outro, os médicos reclamam que os planos de saúde, há muito, não reajustam o valor das consultas. Os planos de saúde, por sua vez, dentre outros argumentos, dizem que estão operando com prejuízo. Quando não existe acordo entre as partes, o governo entra em ação, estabelecendo regras e até mesmo fixando o valor dos reajustes das mensalidades e consultas. Porém, aos hospitais privados, apesar de representarem um segmento relevante nesta cadeia de valor, pouca ou quase nenhuma atenção, por parte do governo, tem sido dada. Pelo menos no Estado do Paraná, os planos de saúde estão desde 1997 sem reajustar os preços das diárias e das taxas hospitalares.

A omissão ou incompetência dos governos brasileiros dos três níveis na área social, em especial na de saúde, vem de longa data. A situação predominante da saúde pública no país é caótica. Isso pode ser atestado por qualquer pessoa, e não é preciso recorrer aos hospitais para se ter esta certeza: todos os dias os meios de comunicação mostram pessoas sofrendo nas filas dos hospitais públicos, esperando por socorro. Infelizmente, para alguns, o socorro virá tarde demais. Pacientes ficam espalhados pelos corredores porque faltam leitos para acomodação. Para determinadas especialidades, as pessoas aguardam meses por uma simples – e rápida, até mesmo superficial - consulta. Enfim, fala-se de hospitais velhos, mal aparelhados e, muitas vezes, não se dispõe nem mesmo de remédios.

Diante disso, qualquer pessoa que tenha o mínimo de condições financeiras tem em mente que precisa ter um plano de saúde que lhe dê cobertura em caso de um acidente ou doença, pois, do contrário, sabe que dependerá da assistência precária do governo.

Esta situação fez com que proliferassem os planos de saúde pelo país afora. De acordo com a Agência Nacional de Saúde – ANS (2004), mais de 37 milhões de pessoas, mediante uma prestação mensal, encontram-se amparadas por um plano que cobre consultas, exames, cirurgias diversas, internações, entre outros. No Brasil, segundo a ANS, existem mais de duas mil empresas operadoras de planos de saúde.

Com isso, os planos de saúde passaram a ter um poder de negociação muito grande perante os hospitais, chegando, inclusive, a impor os preços que estão dispostos a pagar pelos serviços contratados. Acredita-se que a forte pressão exercida sobre os preços ao longo dos anos, principalmente pelos planos de saúde, pode reduzir a lucratividade e a rentabilidade dos hospitais, comprometendo a qualidade dos serviços e a continuidade dos seus negócios.

Neste contexto econômico, muitos hospitais privados estão altamente dependentes dos planos de saúde, pois a maioria dos usuários dos serviços hospitalares utilizam aquele hospital que mantém convênio com seu plano de saúde. Isso significa que, se um plano de saúde romper seu convênio com o hospital, este perderá uma parcela considerável de clientes, fato que poderá causar algum prejuízo também para o plano de saúde, pois muitos clientes poderão deixar de utilizar o plano que não tem convênio com o hospital de sua preferência, mas, sem dúvida, o impacto maior será no hospital, mais precisamente, em suas receitas.

Diante deste cenário, pergunta-se: ‘Como garantir uma justa lucratividade para o hospital, visto que este não tem total controle sobre suas receitas?’. Certamente, trata-se de um desafio,

que parece encontrar resposta em uma teoria surgida nos anos 1960, no Japão. Trata-se do Custeio Alvo.

Segundo Hansen (2002, p.14), o "Custeio Alvo é um processo de planejamento de resultados, com base no gerenciamento de custos e preços, que se fundamenta em preços de venda estabelecidos pelo mercado e nas margens objetivadas pela empresa". Além disso, o Custeio Alvo é aplicável em ambientes nos quais o preço é fortemente influenciado pela competição, ou é imposto, tal como fazem os planos de saúde em relação aos hospitais.

De acordo com a literatura existente sobre Custeio Alvo¹, parece, em princípio, ser possível aplicar a filosofia, o conceito e as técnicas do Custeio Alvo em serviços hospitalares, com o objetivo de garantir uma lucratividade mínima que permita remunerar o capital investido e assegurar a continuidade da empresa. Se isto puder ser comprovado, além de trazer importante contribuição para o avanço da teoria atual, representará uma valiosa alternativa para a gestão dos custos das entidades hospitalares.

1.2 O problema

A fixação dos preços dos serviços hospitalares, com base nos custos, vem sendo inviabilizada pelo ambiente altamente competitivo e principalmente pela imposição dos preços desses serviços pelos planos de saúde. Esta situação pode comprometer a lucratividade e a continuidade dos negócios da entidade.

Diante disso, dados os preços estabelecidos pelo mercado – ou impostos pelos planos de saúde – pode-se facilmente constatar a necessidade de operar, em cada serviço, a um custo que possa garantir uma lucratividade justa, que permita remunerar os donos do capital e garantir,

¹ O processo do Custeio Alvo é apresentado de forma pormenorizada no Capítulo 2.

portanto, a continuidade da empresa. Este é o foco do problema.

No contexto empresarial dos hospitais, em virtude da acirrada concorrência e da forte pressão sobre os preços exercida pelos planos de saúde, surge como possível proposta para atender a este problema, o Custeio Alvo. Contudo, predominantemente, o Custeio Alvo vem sendo aplicado no projeto de novos produtos em indústrias de manufatura com linhas de montagem. Até mesmo a literatura existente, com exceção da dissertação de mestrado de Hansen², contempla sua aplicação exclusivamente em indústrias automobilísticas, eletrônicas, de softwares de computadores e outras que operam em ambientes de alta tecnologia, conforme explica Sakurai (1997, p.71-73).

Em resumo, a situação-problema objeto deste trabalho é a dúvida que parece existir sobre a aplicabilidade, ou não, do Custeio Alvo ao setor de prestação de serviços hospitalares.

1.3 Questões de pesquisa

Neste cenário, surge a motivação para a formulação das seguintes questões de pesquisa:

1. a filosofia, os princípios e o processo do Custeio Alvo podem ser aplicados, com êxito, em entidades hospitalares?
2. quais as características próprias desse instrumento gerencial estratégico quando aplicado às entidades hospitalares?
3. que aspectos do Custeio Alvo, observados durante o processo de aplicação a serviços hospitalares, não são contemplados na literatura existente?

² Jens Erik Hansen defendeu a dissertação de mestrado com o título “Aplicação do Custeio Alvo em Cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu* - Um estudo sob o enfoque da gestão estratégica de custos”, sob a orientação do Professor Doutor Welington Rocha, na FEA/USP, no ano de 2002.

4. o que é que os hospitais já vêm fazendo, neste campo, para equacionar o problema?
Será que já não vêm utilizando a filosofia do Custeio Alvo – ainda que sem utilizar, conscientemente, este nome?

1.4 Objetivos geral e específicos

De acordo com Martins (2000, p. 25), nesta fase, o pesquisador busca responder à questão: Para que fazer? Assim, tendo em vista a caracterização do problema e a formulação das questões da pesquisa, desenvolver-se-á a pesquisa com os seguintes objetivos:

1.4.1 Objetivo geral

O objetivo geral deste trabalho é verificar a viabilidade e identificar as peculiaridades da aplicação do processo de Custeio Alvo em entidades hospitalares privadas, na especialidade de ginecologia e obstetrícia, no procedimento cirúrgico da cesariana³, em pacientes com planos de saúde, com internação em apartamentos *Standard*⁴.

1.4.2 Objetivos específicos

Para o alcance do objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a) relatar o processo de aplicação do Custeio Alvo em entidades hospitalares, especificamente na cesariana realizada em pacientes com planos de saúde, com internação em apartamentos *Standard*;
- b) ressaltar aspectos do Custeio Alvo aplicado a entidades hospitalares que não são encontrados na bibliografia; e

³ Cesariana considerada normal, ou seja, aquela na qual o retorno à saúde tanto da parturiente quanto do bebê ocorrem dentro do esperado. O período de internação é, em média, de 2 dias e não há necessidade do uso de medicamentos, materiais, equipamentos ou instalações, além daqueles normalmente utilizados.

⁴ Para a entidade pesquisada o apartamento *Standard* possui um único leito e banheiro próprio. Além disso, está equipado com aparelho televisão, aparelho telefônico e ventilador de teto.

- c) verificar qual é o estado-da-arte do Custeio Alvo em hospitais privados.

1.5 Hipótese

Segundo Gil (1999, p. 56), “hipótese é uma suposta resposta ao problema a ser investigado”.

De acordo com Goode & Hatt (1975, p. 75), uma hipótese:

é uma proposição que pode ser colocada à prova para determinar sua validade. Pode parecer contrária, ou de acordo com o senso comum. Pode ser correta ou errada. Em qualquer caso, porém, conduz a uma verificação empírica.

Quanto à sua utilidade científica, Kerlinger (1980, p. 41) afirma que uma hipótese só é útil se for testável empiricamente ou, no mínimo, conter implicações para teste.

Portanto, diante do exposto e considerando-se a situação-problema, a seguinte hipótese orientadora será testada:

H: O processo de Custeio Alvo não se adequa às atividades de prestação de serviços hospitalares⁵.

1.6 Método, técnicas e tipo da pesquisa

Esta pesquisa pode ser classificada, em parte, como um estudo de caso de natureza exploratória, quando se propõe a investigar empiricamente um fenômeno contemporâneo dentro do contexto em que este ocorre. Considerando-se que o principal objetivo deste estudo é testar, verificar e demonstrar a aplicabilidade do processo do Custeio Alvo em entidades e produtos hospitalares, optou-se por uma pesquisa do tipo estudo de caso único.

⁵ A hipótese foi formulada propositadamente na forma negativa. Parece que assim, dessa forma, a hipótese é mais desafiadora. Naturalmente, a idéia é dedicar todos os esforços para refutá-la.

Considerando-se que a implementação do processo do Custeio Alvo implica o envolvimento do pesquisador, gestores e funcionários da entidade pesquisada tanto no processo em si como na solução dos problemas encontrados, utilizou-se também o método da pesquisa-ação.

A exposição pormenorizada do método e das técnicas utilizados nesta pesquisa encontra-se no Capítulo 3.

1.7 Delimitação do estudo

Quanto ao setor econômico, este trabalho centra-se na análise da viabilidade da aplicação do processo de Custeio Alvo em entidades hospitalares. Para tanto, como entidade objeto de estudo, foi selecionado um hospital da cidade de Maringá-PR, cujas características estão descritas, em detalhes, no Capítulo 4. Como produto da pesquisa foi selecionado o parto com cesariana via planos de saúde com internação em apartamento *Standard*. Quanto aos dados utilizados na pesquisa, os mesmos foram obtidos junto ao hospital objeto do estudo de caso e referem-se ao ano de 2003.

Como delimitação conceitual, destaca-se que esta pesquisa não teve como objetivo discutir o mérito dos métodos ou critérios de custeio utilizados pela entidade pesquisada; tampouco se ocupou em verificar se as margens de lucro estabelecidas pela empresa são consistentes com seus planos estratégicos e operacionais.

Ainda no campo das delimitações conceituais, não foram abordados conceitos econômicos de mensuração, tais como: custo de oportunidade, valor do dinheiro no tempo, etc.; além disso, também não foram discutidos conceitos de custos como: custo-padrão, custo de reposição, etc. Todos estes aspectos – apesar de serem importantes – fogem ao escopo do trabalho.

Por se tratar de um experimento, é possível que as decisões e ações gerenciais implementadas no sentido de alcançar o custo alvo, relatadas no Capítulo 4, não tenham tido tanta profundidade como teriam em uma situação real, como acontece, por exemplo, em empresas como a *Toyota*, *Nissan* e tantas outras em nível mundial, reconhecidas pelo uso do Custeio Alvo. Nessas empresas, é comum o uso de sistemas de compensação com o objetivo de motivar os gestores a alcançar o custo alvo.

1.8 Formatação, referências bibliográficas e citações

Visando atender à publicação acadêmica, neste trabalho foram observadas, para efeito de formatação, referências bibliográficas, citações e outros, as Diretrizes para Apresentação de Dissertações e Teses à USP: documento eletrônico ou impresso, de autoria do SIBi/USP – Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O Custeio Alvo é um instrumento da gestão estratégica de custos. Nakagawa (2000, p. 42) assevera que a utilização conceitual da gestão estratégica de custos assume uma posição mais proativa, voltada para o planejamento, gestão e redução de custos.

Rocha (1999, p. 46) define gestão estratégica como:

o processo de tomada de decisões e a implementação de ações que visa a conceber, desenvolver, implementar e sustentar estratégias que garantam vantagens competitivas a uma organização.

O autor complementa que:

gestão estratégica é a parte da gestão global, das organizações, que se preocupa em acompanhar as ações das entidades de seu ambiente próximo – tais como concorrentes, fornecedores, clientes e consumidores – para conceber e implementar estratégias que lhes permitam manter-se à frente dos competidores.

A gestão estratégica de custos é, segundo Shank & Govindarajan (1997, p. 4):

uma análise de custos vista sob um contexto mais amplo, em que os elementos estratégicos tornam-se mais conscientes, explícitos e formais. Aqui, os dados de custos são usados para desenvolver estratégias superiores a fim de se obter vantagem competitiva sustentável.

Sakurai (1997, p. 49) discorre sobre o Custeio Alvo como um método abrangente de gerenciamento estratégico de custos. Portanto, a utilização do Custeio Alvo pelo segmento hospitalar pode representar uma poderosa ferramenta gerencial, vista sob o enfoque da gestão estratégica de custos.

Assim, serão apresentadas a seguir algumas definições de Custeio Alvo dadas por destacados autores da literatura a respeito do tema e, após a apresentação e análise dessas definições, será proposta a definição do autor deste trabalho.

2.1 Definição do Custeio Alvo

Ansari *et al.* (1997b, p. 11) definem Custeio Alvo da seguinte forma:

(...) é um sistema de planejamento de lucros e gerenciamento de custos que é conduzido pelo preço, focado no cliente, centrado no projeto e que envolve diversas áreas dentro da empresa. O Custeio Alvo inicia o gerenciamento de custos no estágio inicial do desenvolvimento do produto e é aplicado durante todo o ciclo de vida do produto por um envolvimento efetivo em toda a cadeia de valor⁶.

Com a análise da definição proposta pelos autores, verifica-se que a mesma, embora abrangente – visto contemplar o envolvimento de diversas áreas da empresa a partir do estágio inicial do projeto do produto, focando o cliente, envolvendo a cadeia de valor e considerando o ciclo de vida do produto - parece não reunir as características de um sistema. Entende-se que o significado das palavras é de vital importância, principalmente quando utilizadas em definições. É necessário, então, definir o que é sistema.

Contudo, quando se pretende definir algo, deve-se observar o que Kerlinger (1980, p. 46) escreveu:

há dois tipos de definição: constitutiva e operacional. Uma definição constitutiva define palavras com outras palavras: “peso” é “qualidade de um objeto pesado; “ansiedade” é “apreensão ou um vago medo”. Definições constitutivas são definições de dicionário e, naturalmente, são usadas por todo mundo, inclusive pelos cientistas...

Quanto à definição operacional, Kerlinger (1980, p. 46-50) explica seu significado e diz que o cientista deve usá-la para ir além da definição constitutiva, quando necessário. De acordo com o autor, uma definição operacional é uma ponte entre os conceitos e as observações. Uma definição operacional atribui significado a um constructo ou variável especificando as atividades ou operações necessárias para medi-lo ou manipulá-lo. Um exemplo de definição

⁶ The target costing process is a system of profit planning and cost management that is price led, customer focused, design centered, and cross functional. Target Costing initiates cost management at the earliest stages of product development and applies it throughout the product life cycle by actively involving the entire value chain. Em inglês no original. Tradução livre do autor.

operacional dentro da área contábil, embora extremo, é: o lucro é o resultado do confronto das receitas com os custos e despesas. Contudo, foge ao escopo deste tópico aprofundar-se no assunto. Saber que existem dois tipos de definições, conforme foi dito, é suficiente. Além disso, para o propósito deste tópico, a definição constitutiva é suficiente e adequada, pois é possível compreender o significado de Sistema, de forma clara e completa, utilizando outras palavras para defini-lo.

Dessa forma, recorreu-se ao dicionário. Dentre as várias acepções da palavra sistema dadas por Houaiss & Villar (2001, p. 2585), destacam-se:

... conjunto de elementos, concretos ou abstratos, intelectualmente organizado...
qualquer conjunto natural constituído de partes e elementos interdependentes...
técnica ou meio de se fazer alguma coisa, especialmente de acordo com um plano;
método, processo, procedimento.

Portanto, considerando-se as definições de sistema dadas por Houaiss e Villar, discorda-se que o Custeio Alvo seja um sistema, conforme é definido por Ansari *et al.*

Afora isso, entende-se que a definição proposta por Ansari, além de abrangente, é também completa. Esta afirmação conflita com a crítica de Hansen (2002, p. 13), ao alegar que esta definição não considera a possibilidade de aplicação do Custeio Alvo em produtos reprojatados.

Ao contrário de Hansen, entende-se que os autores deixaram implícita esta possibilidade ao dizer que o Custeio Alvo pode ser aplicado durante todo ciclo de vida do produto. O ciclo de vida do produto contempla desde a fase inicial do projeto, passando pela produção, venda, até o uso e descarte final pelo consumidor. É evidente que ao aplicar o Custeio Alvo em um produto que já deixou a fase do projeto, implica, naturalmente, reprojeta-lo.

Já Scarpin (2000, p. 55) foi explícito nesse sentido ao afirmar que:

O *target costing* pode ser definido como sendo um modelo de gerenciamento de lucros e custos, desenvolvido principalmente para novos produtos (ou produtos que terão seu projeto alterado) visando trazê-los para uma situação de mercado, ou seja, o produto passa a ter um preço de mercado competitivo, proporcionando um retorno do investimento durante todo o seu ciclo de vida a um custo aceitável (custo alvo), determinado pelo seu preço de venda.

Comparada à definição de Ansari, esta, apesar de ter sido explícita quanto ao fato de aplicar o Custeio Alvo em produtos reprojatados, não mencionou a necessidade de envolvimento de uma equipe formada por pessoas de diversas áreas dentro da empresa, embora isso não necessariamente devesse ser feito na definição. Além disso, também não é explícita quanto ao fato de o Custeio Alvo ser focado no cliente, e não menciona a necessidade de contemplar a cadeia de valor.

Vale salientar que Scarpin define o Custeio Alvo como um modelo. Dentre as várias definições contidas em Houaiss & Villar (2001, p. 1941), um modelo é “... representação em escala reduzida de objeto, obra de arquitetura etc. a ser reproduzida em dimensões normais... coisa ou pessoa que serve de imagem, forma ou padrão a ser imitado, ou como fonte de inspiração”. O conteúdo da definição proposta por Scarpin não se encaixa na definição de modelo do dicionário. Portanto, Custeio Alvo também não é um modelo.

Segundo Sakurai (1997, p. 52):

O custeio alvo é um processo estratégico de gerenciamento de custos para reduzir os custos totais, nos estágios de planejamento e de desenho do produto. Atinge-se esse alvo concentrando os esforços integrados de todos os departamentos da empresa, tais como marketing, engenharia, produção e contabilidade. Esse processo de redução de custos é aplicado nos estágios iniciais da produção.

Para Sakurai, o Custeio Alvo é um processo. Dentre os vários sentidos possíveis para uso desta palavra, e considerando o contexto onde está sendo empregada, Houaiss & Villar (2001,

p. 2303) a definem como uma “seqüência contínua de fatos ou operações que apresentam certa unidade ou que se reproduzem com certa regularidade; ... modo de fazer alguma coisa; método, maneira, procedimento...”. Por isso, entende-se que o Custeio Alvo se aproxima mais de um processo do que de um sistema ou modelo, conforme proposto por Ansari e Scarpin respectivamente.

Esta definição não contempla a necessidade de envolvimento da cadeia de valor nem menciona o mercado consumidor como guia do processo. Entretanto, isso pode ser atribuído mais à falta de cuidado do autor ao propor sua definição do que ao seu real entendimento a respeito do processo, uma vez que por diversas vezes em sua obra o autor salienta a importância dos clientes e da cadeia de valor no processo. Novamente aqui, salienta-se que o autor poderia ter feito todas estas complementações, contudo, não necessariamente na definição.

Na verdade, Sakurai parece não ter se preocupado em propor uma definição que fosse ao mesmo tempo abrangente e completa. Em alguns momentos define o Custeio Alvo como um método, em outros, como um processo. Além disso, não menciona nesta definição a possibilidade de aplicar o Custeio Alvo em produtos redesenhados, optando por fazer esta menção de forma explícita na página 49 da obra citada.

Hansen (2002, p. 14) definiu o Custeio Alvo da seguinte forma:

...é um processo de planejamento de resultados, com base no gerenciamento de custos e preços, que se fundamenta em preços de venda estabelecidos pelo mercado e nas margens objetivadas pela empresa. Nesse processo, os custos são definidos na fase de projeto de novos produtos (ou de Produtos reprojetados), visando à satisfação dos clientes e otimizando o custo de propriedade do consumidor, abrangendo toda a estrutura organizacional da empresa e todo o ciclo de vida do produto, envolvendo um segmento relevante da cadeia de valor.

Nesta definição, Hansen procurou ser abrangente e completo. Isto porque, segundo ele, o processo se inicia no projeto de novos produtos ou de produtos já existentes que terão os projetos alterados. O foco incide no cliente, inclusive, contempla o custo de propriedade do consumidor. O processo requer também a participação de toda estrutura organizacional da empresa e abrange todo ciclo de vida do produto. Além disso, envolve um segmento relevante da cadeia de valor.

Entretanto, essa definição é ampla demais ao abarcar o gerenciamento de preços. O Custeio Alvo é, unicamente, um processo de gerenciamento de custos, não de preços. Ele começa a partir de um preço que é dado. O gerenciamento de preços é uma etapa do planejamento da empresa que antecede o processo do Custeio Alvo.

Partindo das definições vistas, e considerando os comentários inseridos, bem como a importância de acrescentar algo novo à teoria, o autor propõe sua própria definição de Custeio Alvo:

Custeio Alvo é um processo de gerenciamento de custos por meio do qual se busca o alcance do custo alvo. Dessa definição, depreende-se o seguinte corolário⁷:

- a) este processo requer o envolvimento de pessoas de várias áreas da empresa;
- b) o processo é centrado sempre no projeto, tanto de novos produtos quanto daqueles que já estão em produção e que precisam ser reprojetados;
- c) deve ser focado nas necessidades dos consumidores;
- d) deve contemplar os custos relevantes de uso e propriedade do consumidor;

⁷ De acordo com Houaiss & Villar (2001, p. 841): “proposição que deriva, em um encadeamento dedutivo, de uma asserção precedente, produzindo um acréscimo de conhecimento por meio da explicitação de aspectos que, no enunciado anterior, se mantinham latentes ou obscuros”.

e) deve contemplar um segmento relevante da cadeia de valor.

O Custeio Alvo é, sim, um processo de gerenciamento de custos; contudo, visa, fundamentalmente, o alcance do lucro. Sendo o lucro a variável dependente das receitas e dos custos (e despesas), e considerando-se que o Custeio Alvo é fortemente recomendável em situações onde existe pouca ou nenhuma possibilidade de gestão dos preços (receitas), resta, como opção para a empresa que deseja manter ou ampliar seu lucro, concentrar esforços na gestão dos custos e despesas.

Quanto à terminologia utilizada na definição proposta, ressalta-se que Custeio Alvo e custo alvo não são sinônimos. Fundamenta-se a questão recorrendo-se à diferença entre o custeio direto e custo direto. O custeio direto é o método de custeamento, enquanto que o custo direto é um dos componentes do custeio direto. De modo análogo, Custeio Alvo é o processo e custo alvo é um dos componentes e objetivo principal do Custeio Alvo (os outros são o preço de venda e a margem de lucro que são determinados pelo mercado e pela direção da empresa respectivamente).

Essa diferenciação se faz necessária, pois existe muita controvérsia em torno da nomenclatura. Por isso, Scarpin (2000, p. 59) conta que:

No Brasil há uma controvérsia em relação à tradução para o termo *target costing* e conseqüentemente para o termo *target cost* também. Há uma corrente que afirma que a melhor tradução é Custeio Alvo e custo alvo respectivamente, e outra que diz que a melhor tradução é custeio meta e custo meta. As duas traduções têm suas virtudes, visto que Custeio Alvo é a tradução literal de *target costing* e custeio meta por dizer que a empresa utiliza o *target costing* para a obtenção de uma meta pré-definida.

Além da discussão em torno da terminologia, discute-se também o conceito do custo alvo.

Uma corrente considera o custo alvo como sinônimo de custo máximo admissível. Um dos

expoentes dessa forma de pensar é Martins Eliseu (2001, p. 240), que define custo alvo como “o custo máximo admissível de um produto ou serviço para que, dado o preço de venda que o mercado oferece, consiga-se o mínimo de rentabilidade que se quer”.

Uma outra linha de pensamento considera o custo alvo como a diferença entre o custo máximo admissível e o custo estimado. Como defensor dessa linha de pensamento, destaca-se Rocha (1999, p. 126), que define:

Custo alvo é o montante de custos que deve ser eliminado, ou aumentado, para que o custo estimado de um produto, ou serviço, se ajuste ao permitido, tendo em vista o custo de uso e de propriedade para o consumidor, o preço alvo e as margens objetivadas para cada elo da cadeia.

Esta última corrente de pensamento considera o custo alvo a diferença ou o *gap* entre o custo estimado e o máximo permitido. Dessa forma, o produto apenas entraria em processo de produção quando o custo alvo fosse igual ou próximo a zero. Por outro lado, a outra corrente considera o custo alvo como o custo máximo permitido ou admissível e, neste caso, o produto entrará no processo de produção quando o custo estimado for aproximadamente igual ou inferior ao custo máximo admissível.

Com o objetivo de demonstrar didaticamente o conceito do custo alvo para as duas correntes de pensamento, elaborou-se um exemplo numérico, evidenciando-o na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1 - O custo alvo de acordo com as duas correntes de pensamento

Componentes	Valor
Preço de venda	100
Lucro meta (10%)	10
Custo alvo	90
Ou	
Preço de venda	100
Lucro meta (10%)	10
Custo máximo admissível	90
Custo estimado	93
Custo alvo (<i>Gap</i>)	(3)

Enquanto uma corrente de pensamento considera \$90 como sendo o custo alvo, a outra entende que o custo alvo é \$(3), ou seja, a diferença (*gap*) entre o custo máximo admissível \$90 e o custo estimado \$93.

A Figura 1 também demonstra o custo alvo de acordo com as duas correntes de pensamento:

Figura 1 - O custo alvo de acordo com as duas correntes de pensamento

Assim, no desenvolvimento deste trabalho, o termo custo alvo será utilizado para representar a diferença entre o custo máximo admissível e o estimado. Justifica-se o uso desse termo, pois

essa diferença é móvel, assim como um alvo. Isso significa que a diferença vai se modificando à medida que são feitas alterações no projeto e no custo estimado.

Quanto ao uso do termo custo meta, o mesmo será utilizado para representar o custo máximo permissível. Nesse caso, a meta tem o significado de ponto limite, portanto, o custo máximo admissível ou custo meta é o valor limite ou custo máximo permitido pelo mercado.

Uma vez definido o Custeio Alvo, no tópico seguinte será abordada sua evolução histórica.

2.2 Breve histórico do Custeio Alvo

Durante e logo depois da 2ª Guerra Mundial, a escassez de recursos obrigou as empresas a pesquisarem materiais alternativos para fabricação de seus produtos, uma vez que a indústria bélica deveria ter prioridade no uso de materiais derivados principalmente do ferro e do aço.

Para tanto, segundo Csillag (1985, p.29), eram utilizadas técnicas que consistiam em desenvolver novos materiais de custo mais baixo e de grande disponibilidade, que pudessem substituir outros mais raros e de custo mais elevado durante os anos de conflito.

O mesmo autor relata que, com o fim da guerra, os materiais antes escassos tornaram-se novamente acessíveis e os projetos que haviam sido implementados nesse período puderam ser revisados com o intuito de serem revertidos às especificações originais. Verificou-se, entretanto, que as alterações implementadas além de produzirem economia de custo, não prejudicaram o nível de satisfação dos consumidores, pelo contrário, em alguns casos até melhorou.

Foi neste contexto que alguns executivos da *General Eletric Company*, analisando os

resultados inesperados, porém bem-vindos, propuseram em 1947 a Lawrence Miles⁸ sistematizar essas técnicas e desenvolver uma metodologia. De acordo com Csillag (1985, p. 29), “os estudos de Miles levaram à formulação de uma série de técnicas de análise em torno da idéia de focalizar estudos de produtos em termos de funções em lugar de peças ou componentes”. Surgiu, então, a idéia de Análise do Valor.

Segundo Csillag (1985, p.30), esta metodologia quando aplicada a produtos já existentes era chamada Análise do Valor, enquanto para novos produtos, Engenharia de Valor. Entretanto, apesar das diferentes utilizações, os termos Análise do Valor (AV) e Engenharia do Valor (EV) com o tempo, passaram a ser utilizados indistintamente.

Com o objetivo de produzir ao menor custo possível, a técnica da Engenharia de Valor era aplicada na fase do projeto, visando tanto a redução de componentes quanto a substituição de outros, sem perder, contudo, as características e a funcionalidade do produto.

Apesar disso, os Estados Unidos, embora tenham desenvolvido a Engenharia de Valor, não perceberam seu potencial como uma ferramenta sistemática de gestão de custos e gerenciamento de lucros, sendo pouco utilizada após o término da guerra.

Por isso, atribui-se ao Japão a criação do *target costing*, custeio alvo em português, ou, em japonês, *genka kikaku*. Segundo Scarpin (2000, p. 49), os japoneses, em meio às difíceis condições de mercado após a 2ª Guerra Mundial, criaram o *target costing*. Originalmente, surgiu na *Toyota*, no ano de 1965, e depois foi se espalhando pelas demais indústrias japonesas, principalmente as montadoras e, em especial, após a crise do petróleo em 1973.

⁸ O Engenheiro Lawrence D. Miles é citado por Csillag (1985, p. 24) como o criador da Análise de Valor.

Sakurai (1997, p. 50) conta que, naquela época, as indústrias japonesas não davam muita ênfase à tarefa de planejamento e projeto, pois o mercado consumidor permitia fabricar grandes lotes de produção com pouca variedade. Dessa forma, o gerenciamento dos custos era centrado no processo de produção, e o custo-padrão era o principal instrumento de controle de custos.

Entretanto, a partir da década de 1970, o padrão de vida japonês elevou-se consideravelmente, e as preferências do consumidor se diversificaram. Nesse novo ambiente, as empresas tinham que fabricar uma grande variedade de produtos com características distintas a fim de atender a essa demanda diversificada. O ciclo de vida dos produtos tornou-se mais curto, à medida que os consumidores passaram a exigir sempre uma melhoria contínua nos produtos. Essa redução no ciclo de vida dos produtos, naturalmente, obrigou as empresas a dar maior importância à fase do planejamento e desenho dos produtos. O gerenciamento dos custos, que antes era centralizado no processo de produção, agora está focado na fase do projeto do produto.

Para tanto, as indústrias japonesas recorreram à prática da engenharia de valor, que havia sido criada nos Estados Unidos, e a transformaram no *target costing*, um sistema dinâmico de gestão de custos e planejamento de lucros que revolucionou a indústria nipônica nos anos de 1960 e 1970.

Apesar disso, segundo Ansari *et al.* (1997a, p. 2), o Custeio Alvo somente começou a ser utilizado pelas empresas americanas no final dos anos de 1980, sendo a perda de mercado para as empresas japonesas a maior motivadora para sua implantação. Para Scarpin (2000, p. 50), a demora na expansão do Custeio Alvo no ocidente se deve a três razões:

1. A popularidade do sistema de manufatura japonês just-in-time dominou a atenção da indústria das décadas de 1970 e 1980, deixando para trás o

Custeio Alvo.

2. Muitas companhias japonesas nas décadas de 1970 e 1980 e ainda nos dias de hoje estão refinando seus sistemas de Custeio Alvo, o que fez com que ele não fosse muito difundido.
3. Custeio Alvo se baseia pesadamente em atividades de desenvolvimento de novos produtos, o que normalmente é tratado com grande segredo pelas empresas japonesas.

Na Europa, principalmente na Alemanha, tem-se muito interesse sobre o tema. Entretanto, no Brasil, segundo Scarpin (2000, p. 52), o estudo do Custeio Alvo é quase nulo. Existem alguns livros traduzidos de autores japoneses, como Sakurai e Monden, além de alguns artigos publicados e apresentações em congressos. Porém, recentemente, destaca-se uma importante contribuição ao tema com a dissertação de mestrado de Hansen⁹, que fez uma aplicação do Custeio Alvo em cursos de pós-graduação *lato sensu*.

Uma vez definido o Custeio Alvo, e tendo percorrido acerca de sua evolução histórica, no tópico seguinte serão destacados seus principais objetivos.

2.3 Objetivos do Custeio Alvo

Segundo Monden (1999, p. 27-28), o Custeio Alvo possui dois objetivos:

1. Reduzir os custos de novos produtos de maneira que o nível de lucro possa ser garantido, ao mesmo tempo em que os novos produtos satisfaçam os níveis de qualidade, tempo de entrega e preço exigidos pelo mercado.
2. Motivar todos os funcionários a alcançar o lucro-alvo durante o desenvolvimento de novos produtos tornando o custo-alvo uma atividade de administração do lucro por toda empresa

Sakurai (1997, p. 55) também apresenta dois objetivos para o Custeio Alvo:

⁹ Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade) – FEA/USP, São Paulo, 2002, orientado pelo Professor Welington Rocha.

1. *Reduzir o custo*, reduzindo os custos totais (incluindo custos de produção, de marketing e de usuário), mantendo, ao mesmo tempo, alta qualidade.
2. *Planejar estrategicamente os lucros*, formulando planos estratégicos de lucros e integrando informação de marketing com fatores de engenharia e de produção.

Pela análise dos objetivos apresentados pelos autores, percebe-se que o primeiro objetivo de Sakurai é semelhante ao primeiro de Monden, ou seja, ambos contemplam a redução de custos. O segundo objetivo de ambos tem relação com a obtenção do lucro, visto que, para Monden, isso depende da motivação de todos os funcionários para alcançar o lucro-alvo, enquanto que Sakurai contempla a formulação de planos estratégicos de lucros.

Embora os objetivos apresentados por Monden e Sakurai sejam verdadeiros, Hansen (2002, p. 15) foi mais amplo e valorizou o processo do Custeio Alvo, ao destacar cinco objetivos:

- Alcançar o lucro alvo, tornando a obtenção do custo alvo uma atividade de administração do lucro por toda a empresa.
- Mudança na visão da formação do preço de venda, onde o custo não é o fator que determina o preço e sim o preço é que determina o custo.
- Promover uma completa integração entre todos os setores da empresa, objetivando o envolvimento de todos em perfeita sintonia para o funcionamento correto do Custeio Alvo a fim de que os esforços para gestão de custos consigam ser plenamente atingidos.
- Fazer análise de custos considerando todo ciclo de vida do produto, visando otimizar o custo de propriedade do consumidor (*Total Cost of Ownership – TCO*)
- Otimização do custo total do produto sem fazê-lo perder, contudo, seu padrão de qualidade.

Como pontos fortes nos objetivos apresentados por Hansen, devem ser enfatizados:

— a otimização do custo total do produto, sem, contudo, prejudicar a qualidade;

- ¬ a otimização do custo de propriedade do consumidor;
- ¬ a obtenção do custo alvo é uma atividade de administração do lucro por toda a empresa;
- ¬ o Custeio Alvo deve promover uma completa integração entre todos os setores da empresa, pois o funcionamento do Custeio Alvo depende do envolvimento de todos em sintonia para o alcance dos objetivos propostos.

Pela análise dos conceitos e dos objetivos do Custeio Alvo, pode-se então enumerar suas principais características.

2.4 Características do Custeio Alvo

De acordo com Hansen (2002, p. 18) e Scarpin (2000, p. 61-63), o Custeio Alvo possui as características comentadas a seguir.

A primeira característica do Custeio Alvo é que o preço de venda determina o custo. O custo máximo admissível (custo-meta) é a diferença entre o preço de venda estabelecido pelo mercado e a rentabilidade ou lucratividade mínima desejada. Pode-se dizer, portanto, que, ao contrário da abordagem tradicional de precificação, na qual geralmente o custo é a base para propor o preço, no processo do Custeio Alvo, o custo é aquele permitido pelo mercado. Os esforços da empresa devem estar concentrados em fabricar produtos com custo igual ou abaixo do máximo permitido, a fim de não comprometer a margem de lucro desejada ou exigida pelos gestores/acionistas. Se isso não for possível sem comprometimento do padrão de qualidade, e não havendo nenhuma razão estratégica que justifique a sua produção, o produto não deve ser produzido.

A segunda característica do Custeio Alvo é que a tarefa de atingir o custo máximo permitido

pelo mercado deve envolver pessoas das áreas de marketing, engenharia, produção, contabilidade, compras, entre outras. O custo alvo deve ser do conhecimento de toda equipe, para que sejam coordenados esforços a fim de tornar a produção possível.

A terceira característica considera o Custeio Alvo um processo de planejamento de lucros e gestão de custos de longo prazo. Contudo, discorda-se, em parte, desta característica apontada pelos autores. O Custeio Alvo é um processo de gestão de custos e não de planejamento de lucros. O lucro é definido, *a priori*, no planejamento operacional e pode ser consequência de um gerenciamento eficaz de custos, e é somente nos custos que se concentra o Custeio Alvo. Neste processo, o gerenciamento dos custos é centrado na fase do projeto do produto, pois está constatado que a maior parte do custo de um produto é determinada nesta fase. É na fase do projeto onde estão as maiores oportunidades para modificar as características e o custo de um produto e não após o produto entrar na sua fase de produção.

Isto pode ser observado na Figura 2, na seqüência. Percebe-se que, ao atingir a fase da produção, cerca de 80% dos custos do produto já estão comprometidos, faltando apenas serem incorridos no processo de produção e distribuição.

Figura 2 - Comparação dos custos comprometidos e custos incorridos

FONTE: Ansari *et al.* (1997b, p. 13) – tradução livre do autor com adaptações

De acordo com Martins Eliseu (2001, p.240):

A maioria dos custos a serem incorridos em um processo produtivo são determinados na estruturação deste processo, ou seja, na fase de projeto do produto. Quando uma linha de produção já está montada e funcionando, a grande maioria de seus custos está fadada a ser incorrida... tendo em vista estarem, a essa altura, totalmente definidas as características técnicas do produto.

Uma vez conhecidos os conceitos, objetivos e as características do Custeio Alvo, na sequência serão abordados seus princípios.

2.5 Princípios do Custeio Alvo

Segundo Hansen (2002, p. 18), a eficácia da utilização do Custeio Alvo depende da observância de alguns princípios. Para fins de utilização no Custeio Alvo, esses princípios são proposições sem as quais o mesmo não existe.

Portanto, a partir das definições de Custeio Alvo e de pesquisas em Ansari *et al.* (1997b, p. 11-16), Scarpin (2000, p. 63-73), Rocha & Martins (1999, p. 84-87) e Hansen (2002, p. 18-21), são estabelecidos os princípios fundamentais do Custeio Alvo, a saber:

2.5.1 A voz do consumidor orienta todo o processo

Significa que as necessidades e anseios dos consumidores são essenciais no processo. Devido à forte influência que a competição exerce sobre o mercado, os desejos dos consumidores, em termos de qualidade, custo e tempo, devem ser levados em conta no momento de decidir sobre produtos, serviços e processos.

No processo de atingir o custo alvo, não se pode, simplesmente, eliminar de forma aleatória componentes ou recursos do produto, pois com isso pode-se perder a qualidade exigida pelo consumidor. Pelo contrário, o custo alvo deve ser atingido sem perda de qualidade ou de qualquer função do produto que seja importante para este. Para tanto, é necessário conhecer profundamente o valor atribuído pelo consumidor para cada uma das funções específicas oferecidas pelo produto. Assim, pode-se projetar um produto ou serviço que tenha ao mesmo tempo alto valor para quem o adquire sem, contudo, exceder o custo alvo.

2.5.2 O lucro é garantia de sobrevivência da empresa.

Mesmo que a estratégia da empresa seja trabalhar sem lucros, visando uma melhor colocação no mercado, isso somente é possível no curto prazo. No longo prazo, a empresa precisa operar com lucro para garantir sua continuidade. Qualquer que seja o empreendimento ou organização, terá comprometido sua sobrevivência, se sua estratégia não for determinada em termos de lucro.

Nesse sentido, o Custeio Alvo tem o objetivo de garantir a margem almejada, em conformidade com a estratégia adotada pela empresa. Reconhece-se a importância deste princípio, embora esteja presente apenas nos trabalhos de Rocha & Martins (1999) e Hansen (2002), não sendo contemplado por Ansari nem por Scarpin.

2.5.3 O custo é determinado pelo preço

Segundo Scarpin (2000, p. 63), esse princípio está para o Custeio Alvo, assim como os postulados da Entidade e da Continuidade estão para a Contabilidade. Sem este Princípio, o Custeio Alvo não existe.

O custo é definido a partir do preço de venda estabelecido pelas condições de mercado, subtraindo-se desse preço a margem determinada no planejamento operacional, metas e objetivos da empresa.

2.5.4 O projeto é o principal determinante do custo

Conforme demonstra a Figura 2, os custos são definidos, preponderantemente, antes do início da produção. Isso significa que antes que se inicie a produção da primeira unidade de um novo produto, tanto seus custos quanto o processo utilizado em sua produção já foram determinados na fase do projeto. Em outras palavras, antes do início da produção, todas as características do produto já estão estabelecidas, bem como já foram estimados os custos envolvidos no processo produtivo, como a matéria-prima a ser utilizada, mão-de-obra, máquinas, equipamentos, etc.

Por isso, vários autores, dentre os quais Hansen (2002, p. 20), Rocha (1999, p. 85) e Scarpin (2000, p. 66-69), afirmam que, após o início da produção, todas as iniciativas para redução de custos são bem vindas, no entanto, os resultados geralmente não serão muito significativos, a não ser em processos com alto índice de ineficiência. Assim, para se obter reduções de custos significativas, deve-se rever o projeto do produto e do processo e analisar onde estão os principais fatores determinantes dos custos.

A pesquisa de Hansen diferenciou-se dos trabalhos de Ansari, Rocha e Scarpin, porque, além

de contemplar os princípios já mencionados, enumerou também alguns requisitos do Custeio Alvo, que serão abordados no tópico seguinte.

2.6 Requisitos do Custeio Alvo

De acordo com Hansen (2002, p. 24), requisito é uma condição necessária, porém não indispensável para o processo do Custeio Alvo. Isto significa que a falta de um ou mais requisitos apontados nesse tópico não impede a aplicação do processo do Custeio Alvo, porém, é bem provável que não seja totalmente eficaz. Em outras palavras, neste caso, não serão obtidos todos os seus benefícios.

São requisitos do Custeio Alvo:

2.6.1 O preço deve ser fortemente influenciado pela competição

A eficácia do Custeio Alvo pode ser constatada quando utilizado em ambientes empresariais de alta competitividade. Neste cenário, os preços cada vez mais são influenciados pela competição, e os custos passam a ter uma influência mais direta do mercado. Por isso, entende-se que ele terá maior utilidade quando aplicado em ambientes altamente competitivos.

Todavia, isso não significa que não possa ser aplicado em empresas que atuem em mercados onde haja monopólio ou poucas empresas atuando. Neste caso, segundo Hansen (2002, p. 22), a empresa poderá adotar o Custeio Alvo, considerando o preço em função da demanda que a mesma deseja atingir no mercado.

2.6.2 O ciclo de vida dos produtos deve ser curto

No mercado competitivo atual, a disputa para conquistar a preferência dos consumidores tem

obrigado as empresas a criar novos produtos com maior frequência, além da necessidade de estar sempre inovando os produtos já em circulação. Quanto maior for o número de produtos em oferta, maior é a exigência do consumidor que, naturalmente, fará opção pelo produto com menor preço e maior qualidade.

A cada dia que passa, os gostos e as preferências dos consumidores se diversificam, originando produtos com ciclos de vida mais curtos. Exemplo disso são os aparelhos celulares. A velocidade com que novos modelos surgem em substituição aos antigos é notável.

Conseqüentemente, produtos com ciclos de vida mais curtos obrigam as empresas a projetar novos produtos com mais frequência. Isso representa um aumento percentual no período de projeto do produto em relação ao ciclo de vida total do mesmo. Por essa razão, o processo de gerenciamento de custos é centrado no projeto.

2.6.3 As pessoas da empresa devem estar comprometidas com o processo

Sakurai (1997, p. 57) afirma que “o custo-meta depende de colaboração entre departamentos...”. Isso pressupõe uma integração entre áreas diferentes com um único objetivo, atingir o custo alvo. Segundo Rocha e Martins (1999, p. 85), “o custeio-alvo é mais do que uma metodologia de redução de custos: é uma mentalidade que deve ser adotada pela empresa como um todo. O processo em questão envolve as principais áreas da empresa”.

Portanto, a eficácia do Custeio Alvo é altamente dependente do envolvimento das pessoas das diversas áreas da empresa, desde o *marketing* à engenharia, além dos departamentos de produção, compras, suprimentos, contabilidade, controladoria, entre outros. Porém, destaca-se que o papel da Controladoria deve ser o de coordenador de todo o processo. Hansen (2002, p.

22) menciona que também devem participar desse processo agentes de fora da empresa, como fornecedores, distribuidores e assistência técnica especializada.

2.6.4 O Custeio Alvo deve contemplar todo ciclo de vida do produto.

Segundo Hansen (2002, p. 22), o objetivo desse requisito é otimizar os custos da empresa em todos os estágios do produto, desde os gastos com pesquisa e desenvolvimento até a assistência técnica ao consumidor final.

De acordo com Ansari *et al.* (1997b, p.15), “do ponto de vista do produtor, a orientação para o custo do ciclo de vida enfoca a minimização do custo de desenvolvimento, produção, marketing, distribuição, suporte e assistência técnica do produto”.

Esse requisito pressupõe o gerenciamento do custo do produto com uma visão abrangente, ou seja, o custo do produto deve ser considerado e analisado em todas as fases do mesmo, desde o projeto, passando pela introdução no mercado, maturidade, declínio, até sua retirada do mercado, ao final da vida do produto.

2.6.5 O Custeio Alvo deve contemplar o custo total de uso e propriedade para o consumidor

De acordo com Rocha e Martins (1999, p. 87), o “Custo Total de Propriedade envolve tanto o valor pago pelo consumidor para a aquisição de certo bem quanto os demais valores desembolsados na sua manutenção, uso e descarte”.

Embora o custeio do ciclo de vida seja importante tanto para os fabricantes como para os usuários de um produto, Sakurai (1997, p. 159) afirma que, tradicionalmente, os fabricantes mostram interesse nos custos de fabricação que ocorrem até o momento em que o produto é

transferido para o usuário, não se preocupando com os custos incorridos pelos usuários daí por diante.

Contudo, em ambientes altamente competitivos, a empresa que deseja ampliar sua fatia de mercado deve se preocupar também com os custos incorridos pelo consumidor depois que o produto lhe foi transferido. Isso significa oferecer produtos de qualidade, que transmitam confiança para o consumidor, além da assistência técnica para poder otimizar o desempenho e a lucratividade do usuário. É oportuno ressaltar que contemplar os custos incorridos pelo consumidor não significa gerenciá-los. A empresa deve gerenciar apenas seus custos internos, entretanto, é necessário considerar também os custos do consumidor a fim de minimizá-los.

Por isso, buscando manter-se no mercado, a empresa deve preocupar-se em oferecer um produto que tenha preço competitivo, com os menores custos possíveis de operação, manutenção e descarte. Além disso, a empresa deve estar atenta ao apelo mundial em favor de consumir apenas produtos que não degradem o meio ambiente.

2.6.6 O Custeio Alvo deve contemplar um segmento relevante da cadeia de valor na qual a empresa opera

Esse requisito pressupõe o envolvimento de agentes externos à empresa, tais como, fornecedores, vendedores, clientes, distribuidores e provedores de serviços. Segundo Rocha e Martins (1999, p. 86), para se atingir os objetivos essenciais do Custeio Alvo, não se pode ater, exclusivamente, aos fatores controláveis pela própria empresa. Há a pujante necessidade de se avaliar toda a cadeia diretamente envolvida na produção para que se possa agir sobre ela.

Para isso, é fundamental a criação de parcerias para facilitar o processo e melhorar o

desempenho tanto da empresa que está utilizando o Custeio Alvo, como das demais empresas envolvidas na cadeia de valor em questão. Dentro da filosofia do Custeio Alvo, não se deve reduzir custo de um membro da cadeia de valor sacrificando-se as justas margens de lucro dos outros. Todos os membros da cadeia de valor devem ganhar. Portanto, a redução de custo deve ser na cadeia como um todo.

Segundo Hansen (2002, p. 24), o envolvimento dos membros da cadeia de valor no Custeio Alvo provê muitos benefícios para todas as partes envolvidas: os produtos são mais duráveis e confiáveis; os desejos e necessidades dos consumidores são melhor e mais facilmente atendidos; e todos acabam utilizando um processo de produção mais eficiente e eficaz.

Tendo sido abordados os Princípios e Requisitos do Custeio Alvo, percebe-se estar diante de um processo completamente oposto à visão tradicional de custeio, em que o preço de venda é calculado através da adição de custos mais margem objetivada.

Nessa visão tradicional de custeio, primeiramente, são estimados os custos de produção, para, em seguida, adicionar a margem de lucro almejada e, então, estabelecer o preço de venda. Caso o mercado rejeite o preço estabelecido, a empresa terá que reduzir custos a fim de se enquadrar no preço que o mercado aceita pagar. Essa visão tradicional de custeio, neste trabalho, será denominada abordagem tradicional de custos.

No Custeio Alvo, ocorre justamente o contrário. Dado o preço de mercado, deduz-se a margem objetivada para então estabelecer o custo máximo permitido (custo meta) para o produto. Como o processo de gerenciamento dos custos é centrado no projeto, os ajustes necessários nos custos ocorrem antes de se iniciar a produção. Caso isso não seja possível, o projeto deve ser abortado.

Com o objetivo de demonstrar as diferenças conceituais entre o Custeio Alvo e a abordagem tradicional de gestão de custos, elaborou-se o Quadro 1 a seguir:

Quadro 1 - Comparação do Custeio Alvo e a abordagem tradicional de custos

Custeio Alvo	Abordagem tradicional de gestão de custos
O preço determina o custo.	O custo geralmente é a base para propor o preço.
Começa com um preço de mercado (ou preço alvo de venda) e uma margem de lucro planejada para depois estabelecer um custo permissível (ou custo alvo).	Estima um custo de produção, depois acrescenta uma margem de lucro desejada para então se obter um preço de venda objetivado.
Planejamento de custos é guiado pelo mercado competitivo.	As considerações do mercado não são atendidas no planejamento de custos.
Reduções de custos são feitas antes que os custos cheguem ao limite aceitável.	Reduções de custos em geral são feitas depois que os custos são incorridos além do limite aceitável.
O projeto (de produtos e processos) é a chave da redução de custos.	Perdas e ineficiência são o foco da redução de custos.
Os ajustes para mais ou para menos nos custos são guiados pelos desejos e anseios dos consumidores.	Reduções de custos não são dirigidas aos consumidores.
Custos são gerenciados por equipes multi-funcionais (toda a empresa).	Os custos geralmente são monitorados apenas por contadores (às vezes por engenheiros).
Fornecedores são envolvidos no conceito e no projeto do produto durante todo ciclo de vida do produto.	Os fornecedores são envolvidos apenas na fase de produção (depois do projeto pronto).
Minimiza o custo total de uso e propriedade para o consumidor.	Minimiza apenas o preço pago pelo cliente.
Envolve um segmento relevante da cadeia de valor no planejamento dos custos	Pouco ou nenhum envolvimento da cadeia de valor no planejamento de custos.

FONTE: Scarpin (2000, p. 73) – adaptado

Do ponto de vista conceitual, entende-se que o Custeio Alvo foi devidamente explorado, inclusive abordando seus objetivos, características, princípios e requisitos. Portanto, foram dadas as condições necessárias para o estudo do processo do Custeio Alvo, na sequência.

2.7 Processo do Custeio Alvo

Segundo Ansari *et al.* (1997b, p. 11), dado o preço de venda e a margem objetivada, o custo meta é obtido pela fórmula: $C = P - \pi$

Onde:

C = Custo meta

P = Preço competitivo de mercado

π = Lucro alvo

O preço de venda é estabelecido a partir de estudos e análise do mercado, e a margem é fixada em função das metas objetivadas no plano operacional da empresa. Scarpin (2000, p. 85) afirma que o “objetivo da margem de lucro de qualquer produto é contribuir para assegurar a margem de lucro total da empresa, em níveis que possam garantir sua continuidade”. A manutenção da continuidade da empresa pode ser considerada como um dos maiores desafios para os gestores. Entende-se que é o lucro que garante a continuidade da empresa. Este é, inclusive, um dos princípios do Custeio Alvo¹⁰.

Segundo Hansen (2002, p. 70):

a margem desejada pelos gestores pode ser determinada a partir de cada produto, ou a partir de um lucro global a ser decomposto; pode começar com a margem do produto antigo (que será substituído), sendo ajustada em função do mercado; pode começar com a margem global para a empresa toda, ou para determinada linha de produtos, sendo ajustada individualmente segundo as condições de mercado.

Denomina-se Margem de Contribuição àquela cuja base é o custo variável, sobre o qual adiciona-se um valor que seja suficiente para cobrir todos os custos e despesas fixas e ainda o lucro desejado. Se a base for o custo de produção total (variável + fixo) sobre o qual se adiciona um valor para cobrir os custos administrativos (despesas) e o lucro, denomina-se Margem Bruta. Quando a base é o custo pleno (todos os custos e despesas), bastando adicionar o lucro desejado, denomina-se Margem Operacional. Portanto, a margem é um resultado calculado a partir do método de custeio utilizado pela empresa: Margem de contribuição, se a empresa utilizar o Custeio Variável; Margem bruta, para aquelas empresas que utilizam o Custeio por Absorção; e Margem Operacional, se Custeio Pleno.

Segundo Ansari *et al.* (1997b, p. 36), no Custeio Alvo, a margem desejada denomina-se retorno sobre as vendas (ROS – Return on Sales) e é determinada da seguinte forma:

¹⁰ Conforme item 2.5.2: O lucro é garantia de sobrevivência da empresa.

O lucro resulta da aplicação de um percentual de retorno alvo sobre as vendas (ROS) ... A ROS, por sua vez, é determinada em função de retornos financeiros, basicamente medidos pela Taxa de Retorno sobre Ativos (ROA), Rentabilidade sobre Patrimônio Líquido (ROE) ou Valor Econômico Agregado (EVA) que uma empresa deve alcançar para manter-se viável. O lucro alvo desejado resulta da simulação de lucros e representa uma indicação do lucro necessário para todos os produtos da linha de produção da empresa¹¹.

Percebe-se, portanto, que o percentual utilizado para obtenção do lucro sobre as vendas deve ser determinado a partir de retornos esperados ou planejados. Qualquer um dos indicadores citados por Ansari (ROA, ROE, EVA) pode ser escolhido pela empresa para, a partir dele, calcular o lucro que se espera obter em cada produto para manter a empresa viável.

Dando seqüência ao processo do Custeio Alvo, uma vez definido o preço de venda e a margem desejada, é possível calcular o custo máximo admissível (custo meta), que é obtido pela diferença do preço de venda e a margem objetivada. Este custo máximo permitido é, então, comparado com o custo estimado do produto, sendo o produto colocado em processo de produção a partir do momento em que o custo estimado for inferior ou aproximadamente igual ao custo máximo admissível. Mas o que é o custo estimado?

Segundo Martins Eliseu (2001, p.330):

Custos Estimados seriam melhorias técnicas introduzidas nos custos médios passados, em função de determinadas expectativas quanto a prováveis alterações de alguns custos, de modificações no volume de produção, de mudanças na qualidade de materiais ou do próprio produto, introduções de tecnologia diferentes etc.

Segundo o CRC-SP e o IBRACON (1992, p.177), o custo estimado “é estabelecido com base em custos de períodos anteriores ajustados em função de expectativas de ocorrências futuras”.

¹¹ The profit comes from applying a target return on Sales (ROS) percent to the sales from the product mix. The ROS ratio, in turn, is determined by the financial return, typically measured by the return on assets (ROA), return on equity (ROE), or economic value added (EVA) that a firm must earn to remain viable. The required target profit is the result of profit simulations and represents an assignment of profit needed from all products in a firm's product line. Em inglês no original. Tradução livre do autor.

Em outras palavras, o custo estimado é uma expectativa do custo necessário para a empresa prover o produto ou serviço aos seus clientes/consumidores. Considerando-se que cada empresa tem seu próprio método de custeamento, o processo de cálculo do custo estimado pode variar de empresa para empresa. Embora possa ser empregado o Custeio Variável, Absorção, Pleno ou qualquer outro, Sakurai (1997, p. 62) revela que o “custo por absorção é o sistema mais usado no custo-meta”.

Contudo, é oportuno relembrar que todo processo do Custeio Alvo se inicia a partir do preço de venda. Neste sentido, antes de determinar o preço de venda com base no mercado, Ansari *et al.* (1997b, p. 24-25) prevêem um planejamento do produto a ser lançado em função dos parâmetros estabelecidos em conformidade com a estratégia da empresa e respectivos planos de lucros de longo prazo. Esses planos devem especificar o mercado, consumidores, e produtos que a empresa pretende desenvolver.

Segundo Hansen (2002, p. 27), o planejamento de um novo produto e a definição do seu custo alvo é um processo composto de sete fases: Pesquisa de Mercado, Definição do Produto / Nicho de consumidores, Análise da competitividade do mercado, Captação dos desejos dos consumidores, Preço de mercado, Lucro desejado e Custo alvo. A Figura 3 ilustra o processo para estabelecimento do custo máximo admissível.

Figura 3 - Fases para estabelecimento do custo meta

FONTE: Hansen, J. E. Aplicação do Custeio Alvo em Cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu* - Um estudo sob o enfoque da gestão estratégica de custos. 2002. 211p. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade) – FEA/USP.

Conforme demonstrado na Figura 3, para o estabelecimento do custo máximo admissível são necessárias sete fases, que serão comentadas a seguir:

Pesquisa de mercado: Fornece informações sobre necessidades e anseios dos consumidores. Utilizam-se essas pesquisas para definir o mercado e o nicho de produtos que a empresa pretende explorar.

Análise da competitividade do mercado: Fornece informações a respeito dos produtos concorrentes, como os consumidores avaliam esses produtos e como os concorrentes reagirão

ao lançamento de novos produtos.

Definição do produto e do nicho de consumidores: Baseado na pesquisa de mercado e conhecendo a competitividade do setor, determina-se qual produto será produzido e para qual nicho de consumidores será direcionado.

Captação dos desejos e necessidade dos consumidores: Pressupõe colher informações dos consumidores que orientem o desenvolvimento de novos produtos.

Definição das características do produto: Uma vez conhecidas as necessidades dos consumidores, são definidas as características do produto bem como o seu nível de desempenho para atender essas necessidades.

Preço de mercado: Representa o preço unitário que os consumidores estão dispostos a pagar pelo produto. Esse preço deve ser competitivo, haja vista a pressão exercida pelos concorrentes.

Margem desejada: Representa o retorno esperado pela empresa para determinado produto. A expectativa é que o produto possa contribuir na formação da margem total, que assegure a continuidade dos negócios da empresa. Essa margem pode ser a Margem de Contribuição, Margem Bruta ou Margem Operacional, dependendo do método de custeio utilizado pela empresa. Além disso, pode ser expressa tanto em valores absolutos como em percentual sobre as vendas.

Custo máximo admissível (Custo Meta): É estabelecido pela diferença entre preço de mercado e a margem desejada. Esse custo máximo admissível é então comparado com o custo

estimado, de modo que a diferença entre ambos (custo alvo) representa o valor que deverá ser ajustado antes que o produto entre no processo de produção.

A composição do Custo Meta está diretamente relacionada com o tipo de margem de lucro utilizada pela empresa. Se a empresa utiliza a margem de contribuição, no custo meta estarão inclusos apenas os custos variáveis. Se a opção for pela margem bruta, o custo meta será composto de todos os custos de produção, fixos e variáveis. Se a empresa utilizar a margem operacional, o custo meta deverá conter todos os custos e despesas, fixos e variáveis.

Rocha (1999, p.127) propõe uma fórmula mais completa que a de Ansari para o cálculo do custo-alvo:

$$CA = CP - MO - CE$$

Onde:

CA = custo-alvo.

CP = custo total de uso e propriedade para o consumidor.

MO = margens objetivadas pelas empresas do segmento da cadeia.

CE = custo estimado das empresas do segmento da cadeia.

Essa fórmula é mais completa, pois inclui o custo total de uso e propriedade do consumidor, os custos estimados e as margens objetivadas dos membros do segmento relevante da cadeia de valor onde a empresa opera.

O processo de eliminação do custo alvo utilizará técnicas de Engenharia de Valor e deverá contar com a participação de pessoas de diversas áreas da empresa conforme prevê um dos requisitos do Custeio Alvo.

A Figura 4 demonstra o processo de eliminação do *gap* entre custos estimados e custo

máximo permitido.

Figura 4 - Processo de eliminação do custo alvo

FONTE: Hansen, J. E. Aplicação do Custeio Alvo em Cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu* - Um estudo sob o enfoque da gestão estratégica de custos. 2002. 211p. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade) – FEA/USP.

A Figura 4 demonstra que o produto deveria ser colocado em produção somente quando o custo alvo (*gap*) fosse igual a zero ($gap = 0$). Entretanto, essa igualdade parece ser possível apenas em termos teóricos, já que na prática é bem possível que existam pequenas diferenças para mais ou para menos.

Portanto, se o *gap* não for exatamente igual a zero, mas estiver dentro de uma faixa limite aceitável, nenhuma ação será necessária, ou seja, o produto pode entrar em produção

conforme está projetado.

2.8 Engenharia do Valor

Conforme foi descrito no tópico 2.2 deste trabalho, a Engenharia do Valor foi criada nos Estados Unidos e depois utilizada no processo de Custeio Alvo pelos japoneses. Dentro do processo do Custeio Alvo, a Engenharia do Valor – EV é considerada um instrumento de gestão de custos. No entanto, não deve ser confundida com o próprio Custeio Alvo. A Engenharia do Valor é apenas um dos diversos itens que envolvem o estabelecimento do processo do Custeio Alvo, que é muito mais amplo.

Para Monden (1999, p. 168), é a base e a substância do Custeio Alvo. Mas, qual a definição de Engenharia do Valor?

De acordo com Csillag (1985, p. 50):

Engenharia do Valor é a aplicação sistemática de técnicas reconhecidas que identificam a função de um produto ou serviço; estabelecem um valor para aquela função; e objetivam prover tal função ao menor custo total, sem degradação.

Segundo Basso (1991, p. 15), ‘Engenharia do Valor EV e Análise do Valor AV é uma abordagem sistemática que identifica um valor monetário para a função e provê o atendimento desta função com a qualidade necessária e com o menor custo global, através do uso da criatividade’.

Pode-se perceber na definição de Basso que Engenharia do Valor e Análise do Valor significam a mesma coisa. Contudo, Ansari *et al.* (1997b, p.129) denominam de Análise do Valor o trabalho que é realizado sobre algo já existente, que esteja sendo realizado, enquanto que o termo Engenharia do Valor deve ser aplicado a recursos que ainda estejam na fase de

concepção ou projeto. Ressalta-se que não é objetivo deste trabalho discutir a validade de um ou outro termo. Contudo, adotar-se-á o termo Engenharia do Valor com significado amplo, tanto para análise sobre algo já existente, quanto para aplicações sobre recursos que ainda estejam em fase de projeto.

De acordo com Sakurai (1997, p. 29), “a Engenharia de Valor (EV) pode ser definida como um conjunto de procedimentos destinados a projetar um novo produto com o mais baixo custo possível e com as funções requeridas pelos compradores”.

Para Hansen (2002, p. 85), Engenharia de Valor é um conjunto de procedimentos adotados no estágio de projeto do produto, destinados a projetar um produto ao menor custo total possível, atendendo às funções requeridas pelos compradores.

De acordo com Hansen (2002, p. 85):

a Engenharia de Valor possui dois conceitos fundamentais: valor e função. Valor, dentro desta ótica, é a melhor combinação entre performance, disponibilidade e custo. A função de um produto ou serviço é satisfazer as necessidades e anseios específicos do consumidor.

O Consumidor está interessado nas funções do produto ou serviço. Ele não está preocupado com os recursos utilizados pela empresa para atender estas funções. Por isso, o conceito de Engenharia do Valor consiste em decompor o produto ou serviço em funções, examinando-se o valor de cada uma delas. Através de técnicas da Engenharia do Valor pode-se substituir ou alterar componentes de um produto ou serviço, contudo, suas funções não podem ser alteradas. A essência está em operacionalizar as funções de um produto ou serviço da melhor forma e com o menor custo possível.

Csillag (1985, p. 63) mostra a relação entre a função e o custo de um produto ou serviço através da seguinte equação:

$$VALOR = \frac{FUNÇÃO}{CUSTOS}$$

Pode-se verificar que um aumento no valor não exige necessariamente redução de custos, uma vez que isto pode ser obtido por um aumento na função. Logo, o uso da Engenharia do Valor não implica necessariamente reduções de custos, desde que acarrete um aumento no valor para o cliente/consumidor. Por isso, discordamos de Monden (1999, p. 27-28) e Sakurai (1997, p. 55) ao alegarem que o objetivo do Custeio Alvo é unicamente reduzir custos.

Hansen (2002, p. 85) explica que o ponto ótimo da Engenharia do Valor para um produto é quando esta divisão obtiver para todas as funções um resultado aproximadamente igual a um, alcançando-se, então, uma situação de equilíbrio entre as funções do produto/serviço e seu custo.

2.8.1 Uso da Engenharia do Valor em hospitais

Apesar de ter surgido em um ambiente predominantemente industrial, a Engenharia do Valor também pode ser utilizada no setor de serviços, conforme afirma Csillag (1985, p. 25): “a análise do valor constitui uma abordagem muito original para reduzir custos de produção de bens e serviços.”

Pesquisa relatada em Csillag (1985, p. 26-33) revelou o uso da Engenharia de Valor na construção civil, assim como em processos de manufatura, e até mesmo na área administrativa, desde os anos 1950. Recentemente, o próprio Hansen (2002) utilizou, com sucesso, técnicas de Engenharia do Valor em um curso de pós-graduação *lato sensu*.

Quanto à sua aplicação em hospitais, também não é recente. Heller (1971, p. 7-8) relata a experiência ocorrida na maternidade de um hospital no Texas onde foi adotado o uso de fraldas descartáveis nos bebês substituindo os processos de lavar, passar e dobrar. Somente duas lavanderias atendiam às exigências sanitárias do hospital para a lavagem das fraldas, e isto ajudava a encarecer o processo. Com a mudança, vários benefícios foram percebidos, tais como uma maior durabilidade das roupas de cama e colchões, inclusive dos berços, já que a fralda descartável possui maior capacidade de retenção da urina do bebê. Além disso, o autor relata que, quando um bebê molhava uma fralda descartável, aparecia uma mancha que podia ser vista de longe, e a enfermeira fazia a troca rapidamente. No sistema anterior, as enfermeiras tinham que examinar os bebês um a um para verificar se as fraldas estavam ou não molhadas, para evitar assaduras ou outros problemas de pele, exigindo um número maior de enfermeiras para este trabalho. A adoção das fraldas descartáveis resultou em uma economia anual de 66% no processo.

Em outro hospital, ocorreu a substituição do pano utilizado para absorver sangue durante a cirurgia. Apesar de mais barato, o material considerado *Standard* foi substituído pelo *Supreme* que custava mais caro. Acontece que a Engenharia do Valor, que normalmente inclui os custos totais, revelou que o *Standard*, devido às rigorosas exigências no processo de lavagem, permitia apenas uma lavagem e um reuso, enquanto que o *Supreme* poderia ser reutilizado cinco vezes. Assim, o mais barato custava, na verdade, uma vez e meia mais caro que o material de melhor qualidade. Heller (1971, p. 8) relata que em seis meses de experiência usando o *Supreme*, apesar do aumento de 32% no número de cirurgias, o hospital registrou uma economia significativa.

Mais recentemente, Bharat R. (2001, p. 59) relata a experiência realizada no Departamento de Queimados e Cirurgia Plástica em um hospital da Índia na qual, através da implementação de

métodos de Engenharia do Valor, foram alcançadas economias em bandagens e antibióticos de 50,07% e 49,35% respectivamente.

Após ter sido analisado o referencial teórico extraído da pesquisa bibliográfica, pode-se passar para o Capítulo 3, no qual se apresentam o método e as técnicas de pesquisa utilizados para o alcance dos objetivos desta pesquisa.

3 MÉTODO E TÉCNICAS DA PESQUISA

3.1 Introdução

De acordo com o dicionário Aurélio, a palavra método vem do grego - *methodos* - e significa um caminho para se chegar a um fim. Segundo Chauí (2002, p.157), “usar um método é seguir regular e ordenadamente um caminho através do qual uma certa finalidade ou um certo objetivo é alcançado”. Portanto, este capítulo tem como função fundamental responder a questões do tipo: o que fazer? como? onde fazer? com que técnicas? quais são as etapas a serem seguidas? Em outras palavras, pretende-se explicar o método ou o caminho percorrido pelo pesquisador e as técnicas utilizadas para o alcance, com sucesso, dos objetivos deste estudo.

Dessa forma, considerando-se que o principal objetivo deste estudo é testar, verificar e demonstrar a aplicabilidade do processo de Custeio Alvo em entidades e produtos hospitalares, e levando-se em conta a importância das verificações empíricas na pesquisa acadêmica, mesmo no campo das ciências sociais aplicadas, inclusive na área de custos hospitalares, optou-se por uma pesquisa empírica do tipo estudo de caso único. De acordo com Yin (2001, p.32), “um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. Quando o estudo envolver mais de uma unidade de análise, tais como dois ou mais sujeitos, duas ou mais empresas, denomina-se casos múltiplos ou estudo multicaso. Quando o estudo se concentra em uma unidade de análise apenas, é chamado de estudo de caso único.

Um fundamento lógico que sustenta o uso de um caso único é quando ele representa o caso decisivo ao testar uma teoria. Este fundamento lógico é proposto por Yin (2002, p. 62), com a

seguinte explicação:

A teoria especificou um conjunto claro de proposições, assim como as circunstâncias nas quais se acredita que as proposições sejam verdadeiras. Para confirmar, contestar, ou estender a teoria, deve existir um caso único, que satisfaça todas as condições para testar a teoria.

O caso único pode, então, ser utilizado para verificar se as proposições de uma teoria são válidas nele.

A intenção do pesquisador em ampliar o campo de aplicação do Custeio Alvo, do setor de indústria de manufatura, onde já é clássico, para o de serviços, caracteriza o estudo como de natureza exploratória. Através da aplicação da filosofia, dos princípios e da metodologia do Custeio Alvo em serviços hospitalares, buscou-se um aprimoramento tanto da teoria quanto da sua aplicação prática. Este trabalho está baseado em uma observação real da aplicação do Custeio Alvo em entidades hospitalares e na posterior análise das informações levantadas, para, a partir daí, confrontá-las com a teoria e obter conclusões.

Nesta linha de raciocínio, é possível afirmar que este estudo pode ser caracterizado como pesquisa indutiva, pois busca-se alcançar proposições generalizadas a partir de um conjunto específico de observações reais. A esse respeito, Yin (2002, p. 29) explica que, em se tratando de estudos de caso, ao se fazer generalizações, da mesma maneira que nos experimentos, deve-se fazê-las em relação às proposições teóricas e não a populações ou universos.

Acredita-se ainda, dada a natureza deste estudo, que esta pesquisa também se aproxima de uma pesquisa-ação que, segundo Thiollent (1998, p.14):

É um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema

estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Na pesquisa-ação, o pesquisador desempenha um papel ativo no equacionamento dos problemas encontrados, no acompanhamento e na avaliação das ações desencadeadas em função dos problemas. Dessa forma, o papel do pesquisador, neste trabalho, foi tanto o de mediador - enquanto agente orientador na implementação da metodologia do Custeio Alvo - como também o de observador, quando da coleta dos dados e análise dos resultados.

3.2 Protocolo para o estudo de caso

Com o objetivo de definir, da maneira mais precisa possível, as etapas, os procedimentos, os passos e as regras gerais a serem seguidas para a realização do estudo de caso, elaborou-se um protocolo. A importância do protocolo do estudo de caso está, primeiramente, em lembrar ao pesquisador o tema do estudo de caso, além de forçá-lo a antecipar vários problemas, incluindo o modo como os relatórios do estudo de caso devem ser contemplados. De acordo com Yin (2001, p. 89), o protocolo destina-se a orientar o pesquisador na condução do estudo de caso e é uma das principais táticas para se aumentar a confiabilidade da pesquisa. Portanto, o protocolo é um guia prático e seguro para a condução do estudo de caso e deve conter, pelo menos, as seguintes seções:

- Visão geral do projeto do estudo de caso.
- Procedimentos de campo.
- Questões do estudo de caso.
- Guia para o relatório do estudo de caso.

Cada seção do protocolo será discutida em detalhes na sequência.

3.2.1 Visão geral do projeto do estudo de caso

Este tópico deve remeter e manter o pesquisador ao objetivo da pesquisa e ao cenário onde esta ocorrerá. Assim, considerando-se que o objetivo do estudo de caso é demonstrar a viabilidade da aplicação do processo de Custeio Alvo em entidades e serviços hospitalares, e

que o produto eleito para teste é o Parto com Cesariana com internação em apartamento *Standard*, é necessário realizar investigações que permitam conhecer:

- 1) todo assunto relacionado a Custeio Alvo, por meio de levantamento bibliográfico na literatura nacional e estrangeira;
- 2) a opinião de um grupo de mulheres em idade reprodutiva, gestantes ou não, pacientes ou não, quanto ao grau de importância por elas atribuído a cada atributo da cesariana. Justifica-se este procedimento na medida em que o Custeio Alvo, como foi analisado no Capítulo 2, é um gerenciamento de custos dirigido pelo mercado; logo, a voz dos consumidores deve conduzir todo o processo;
- 3) os ativos próprios ou serviços de terceiros utilizados para prover os atributos do Parto com Cesariana com internação em apartamento *Standard*;
- 4) o preço da operação de cesariana praticado pelo hospital objeto do estudo de caso, para clientes portadores de plano de saúde com internação em apartamento *Standard*;
- 5) os procedimentos adotados pelo hospital quanto ao estabelecimento de preços e margens desejadas, através de questionários e entrevistas com seus diretores; e
- 6) o processo, os métodos e os tratamentos adotados pela entidade para obter os custos estimados e reais da cesariana, bem como para gerenciá-los.

Para facilitar a comunicação entre pesquisador e leitores, serão utilizados os termos Parto com Cesariana ou simplesmente Cesariana para designar o produto teste do estudo de caso, que é o Parto com Cesariana¹² em pacientes portadores de plano de saúde com internação em apartamento *Standard*.

¹² Relembrando: cesariana normal, sem complicações.

A escolha da cesariana como produto para ilustrar o estudo de caso não foi aleatória. Neste caso, pesquisador e orientador se ocuparam em selecionar um produto que tivesse uma relativa complexidade sob a ótica de composição de custos, mas que ao mesmo tempo fosse comum e rotineiro para muitos hospitais. Além disso, buscou-se um produto que não fosse totalmente estranho ao público em geral, a fim de tornar o caso mais comunicativo e atraente para os leitores.

A definição pela cesariana realizada em pacientes conveniadas se explica pelo fato de haver menor liberdade de gestão de preços nesta modalidade do que na cesariana realizada em pacientes particulares e, nesta condição, o Custeio Alvo, conforme explicado no Capítulo 2, é altamente recomendável.

A escolha do apartamento *Standard* se dá, unicamente, por se tratar de um tipo de acomodação que é comumente aceito e coberto pelos planos de saúde.

Finalmente, cesariana normal ou sem complicações, pois acredita-se que não deve fazer parte do planejamento estratégico ou operacional de qualquer hospital, projetar e fornecer produtos ou serviços que fujam aos aspectos da normalidade.

Dada a natureza de pesquisa-ação, na qual o pesquisador, gestores e funcionários da entidade estiveram envolvidos no processo e na solução dos problemas encontrados, foram realizados, nas instalações do hospital, dois seminários, sendo um na primeira quinzena de Março de 2004 e outro na segunda, com a finalidade de esclarecer a todos os participantes o processo do Custeio Alvo, bem como os objetivos da pesquisa. No mês de Julho de 2004, constatou-se a necessidade de realizar outros dois seminários complementares uma vez que a equipe teve que ser reformulada por motivo de desligamento de alguns de seus membros da empresa.

Mas, mesmo assim, muitas dúvidas ainda foram surgindo durante o processo, exigindo a realização de várias reuniões e inúmeras conversas individuais para o esclarecimento de dúvidas e resolução de problemas encontrados.

3.2.2 Procedimentos de campo para coleta de dados

Para Yin (2001, p.105-107), a coleta de dados para condução de um estudo de caso pode basear-se em muitas fontes de evidências. O autor apresenta três princípios concernentes ao processo de coleta de dados, que são fundamentais para ajudar o pesquisador a tratar dos problemas de validade do constructo e de confiabilidade do estudo de caso, são eles: a) a utilização de várias fontes de evidências, e não de apenas uma; b) a criação de um banco de dados para o estudo de caso; e c) a manutenção de um encadeamento de evidências.

Dessa forma, reconhecendo a importância de enquadrar-se dentro desses princípios, o pesquisador:

- a) utilizou-se de várias fontes de dados, tais como: levantamento bibliográfico, questionários, entrevistas, observação direta dos processos e atividades, e levantamento de dados nos relatórios contábeis, financeiros e de outras naturezas da entidade pesquisada. Nenhuma dessas fontes, isoladamente, possui vantagem indiscutível sobre as outras. Ao contrário, todas são complementares entre si e, dessa forma, estima-se que todas deverão contribuir igualmente para se atingir o objetivo desta pesquisa;
- b) criou um banco de dados com a finalidade específica de organizar e documentar os dados coletados para o estudo de caso. Observou-se, ainda, com base na recomendação de Yin (2001, p.124), a separação entre este banco de dados e o relatório do estudo de

caso. Assim, todos os dados coletados podem ser verificados nos apêndices do trabalho; e

- c) buscou manter um encadeamento de evidências, conforme orienta Yin (2001, p.128), fazendo citações no próprio relatório do estudo de caso dos pontos relevantes do banco de dados como, por exemplo, citando documentos, entrevistas, entre outras evidências. Além disso, o banco de dados, ao ser examinado, permitirá ao observador externo conhecer as evidências reais e saber as circunstâncias sob as quais foram coletadas. Finalmente, estas circunstâncias foram consistentes com os procedimentos específicos e com as questões constantes no protocolo do estudo de caso.

Para o levantamento dos dados necessários, a fim de se conhecer a opinião dos consumidores sobre os principais atributos da cesariana, foram aplicados questionários a mulheres em idade reprodutiva, internadas no hospital ou não, gestantes ou não, cujos procedimentos estão descritos de forma detalhada no Item 3.2.2.2. Lakatos & Marconi (2003, p. 201) definem o questionário como “um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador”.

Para levantar os ativos próprios ou serviços de terceiros utilizados para prover os atributos da cesariana, bem como obter dados relativos às características da gestão, tais como formação de preços, definição de margens, gestão de custos, entre outros, foram realizadas entrevistas estruturadas com os diretores da entidade pesquisada. Para Lakatos & Marconi (2003, p. 195), “a entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional”. Os procedimentos adotados para elaboração das entrevistas estão descritos no Item 3.2.2.3.

3.2.2.1 Procedimentos aplicados para levantamento bibliográfico

De acordo com Lakatos & Marconi (1989, p.45), a pesquisa bibliográfica pode ser considerada como o passo inicial de toda pesquisa científica. Para a pesquisa bibliográfica é absolutamente imprescindível levantar toda a bibliografia, nacional e estrangeira, disponível sobre o assunto, neste caso o Custeio Alvo, privilegiando teses de doutoramento, publicações recentes em periódicos de prestígio, além de dissertações de mestrado e livros. Para a seleção de artigos e livros publicados, privilegiou-se a titulação dos autores, bem como o renome das Instituições a que pertencem, ou pertenciam, à época da publicação.

3.2.2.2 Procedimentos para levantar dados junto ao grupo formado por mulheres em idade reprodutiva¹³, gestantes e não gestantes, pacientes e não pacientes.

Foi utilizado um questionário, sem identificação do respondente, com doze perguntas, objetivando conhecer a percepção das pessoas em relação ao serviço prestado e determinar o grau de importância de cada atributo relevante da cesariana, conforme evidenciado no Apêndice A. Para este fim, foi utilizada a escala *Likert*¹⁴, com a qual os respondentes avaliaram cada atributo conforme escala de importância (4 - muito importante; 3 - importante; 2 - pouco importante; 1 - dispensável). Antes da aplicação definitiva do questionário, foi realizado um pré-teste em uma amostra piloto de dez mulheres, com a finalidade de verificar a adequação do mesmo. Após a aplicação do pré-teste e com base em ampla discussão com o gestor da área de *marketing*, com a direção da empresa e com o orientador, foram feitas as adaptações necessárias, alterando, incluindo ou excluindo perguntas.

¹³ Segundo relatos médicos, entre 15 e 35 anos, aproximadamente.

¹⁴ De acordo com Mattar (2001, p.101): Escala somatória para medir atitudes proposta por Rensis Likert em 1932 que compreende uma série de afirmações relacionadas com o objeto pesquisado. Nela os respondentes são solicitados a concordarem ou discordarem das afirmações, bem como informar seu grau de concordância/discordância. A cada célula de resposta é atribuído um número que reflete a direção da atitude do respondente em relação a cada afirmação.

O levantamento definitivo dos dados foi realizado no período de 10/07/2004 a 10/08/2004 com a aplicação do questionário em 50 (cinquenta) mulheres, sendo 10 pacientes, 40 não pacientes. Para as pacientes do hospital, por orientação da diretora administrativa, o questionário foi entregue no quarto, depois da cirurgia, após explicação da natureza da pesquisa, e recolhido por ocasião da alta médica da paciente. Com relação às mulheres não pacientes, buscou-se selecionar pessoas de níveis sociais, culturais e econômicos que melhor representassem o público alvo do hospital objeto da pesquisa.

Ressalta-se que não foi intenção do pesquisador, por fugir ao escopo do trabalho, fazer inferências sobre as opiniões das pessoas, razão pela qual não houve preocupação em dimensionar um tamanho de amostra, e tampouco a amostra colhida é aleatória. A intenção do pesquisador ao reunir opiniões de vários grupos de pessoas foi unicamente conferir ao trabalho um aspecto mais realista possível.

3.2.2.3 Procedimentos aplicados para a realização de entrevistas com os diretores da entidade

A fim de obter dados a respeito das características do processo de gestão da entidade, optou-se por entrevistas padronizadas, ou estruturadas. De acordo com Martins (2000, p. 44):

Entrevista é uma técnica que permite o relacionamento entre entrevistado e entrevistador. Não é uma simples conversa. Trata-se de um diálogo orientado que busca, através do interrogatório, informações e dados para a pesquisa.

Martins (2000, p.45) explica que entrevista estruturada é aquela cujas questões são previamente formuladas, não havendo liberdade para o entrevistador alterar ou fazer inclusão de questões, por isso requer um planejamento delineando cuidadosamente o objetivo a ser alcançado.

Portanto, as entrevistas foram formuladas com um roteiro pré-estabelecido, conforme evidencia o questionário apresentado no Apêndice C. O objetivo das entrevistas foi levantar dados para responder às seguintes questões básicas relativas à gestão da entidade:

- 1) Como é estabelecido o preço do Parto com Cesariana com internação em apartamento *Standard*, realizado em pacientes particulares, e com que periodicidade?

A resposta a esta questão tem como finalidade básica revelar se a formação do preço do produto leva em conta os preços e a demanda do mercado; se é fixado em função dos custos; ou ainda, se ambos os aspectos são considerados e como. O Custeio Alvo surgiu em um ambiente empresarial altamente competitivo, no qual os preços são cada vez mais determinados em função da concorrência. Portanto, se os preços praticados pela entidade forem fixados com base nos preços e na demanda de mercado, isto indica que o ambiente onde a empresa opera é de alta competitividade, justificando fortemente a utilização do Custeio Alvo.

- 2) Como é estabelecido o preço do Parto com Cesariana, com internação em apartamento *Standard*, realizados em pacientes conveniadas, e com que periodicidade?

Com esta questão, pretende-se verificar se existe diferença significativa no processo de gestão de preços entre os serviços prestados a pacientes particulares e os realizados aos conveniados de planos de saúde. Busca-se verificar em qual das duas situações o hospital possui maior poder de gestão sobre os preços. Procura-se saber se de fato existe negociação ou se os preços são impostos pelos convênios e fixados através de contratos.

- 3) Como é estabelecida ou definida a margem-alvo de lucro ou outras margens desejadas ou

requeridas pelos administradores para os materiais e medicamentos utilizados no parto com cesariana?

- a) ☐ Sobre o custo variável adiciona-se um valor (margem de contribuição) considerado suficiente para cobrir todos os custos fixos de produção e despesas e ainda gerar o lucro operacional desejado.
- b) ☐ Sobre o custo de produção total (variável e fixo) adiciona-se um valor (margem bruta) considerado suficiente para cobrir os custos administrativos (despesas) e o lucro operacional desejado.
- c) ☐ Sobre o custo pleno: custos variáveis, fixos e administrativos, adiciona-se o lucro operacional desejado.
- d) ☐ Percentual sobre os investimentos realizados.
- e) ☐ Não trabalhamos com uma margem definida.
- f) ☐ Não sei.
- g) ☐ Outras margens. Especificar _____

4) Como é estabelecida ou definida a margem-alvo de lucro ou outras margens desejadas ou requeridas pelos administradores para as diárias, taxas e demais procedimentos realizados no parto com cesariana com internação em apartamento *Standard*?

- a) ☐ Sobre o custo variável adiciona-se um valor (margem de contribuição) considerado suficiente para cobrir todos os custos fixos de produção e despesas e ainda gerar o lucro operacional desejado.
- b) ☐ Sobre o custo de produção total (variável e fixo) adiciona-se um valor (margem bruta) considerado suficiente para cobrir os custos administrativos (despesas) e o lucro operacional desejado.
- c) ☐ Sobre o custo pleno: custos variáveis, fixos e administrativos, adiciona-se o lucro operacional desejado.
- d) ☐ Percentual sobre os investimentos realizados.
- e) ☐ Não trabalhamos com uma margem definida.
- f) ☐ Não sei.
- g) ☐ Outras margens. Especificar _____

As questões 3 e 4 têm por objetivo verificar se o cálculo da margem objetivada é feito sobre um percentual fixo ou sobre uma taxa específica de retorno sobre investimentos realizados pela entidade, ou ainda se é utilizado outro método de cálculo da margem de contribuição ou de lucro, tais como *markup* ou outros. A definição de como determinar a margem é importante pois, a partir dela, e dado o preço de venda, chega-se ao custo máximo permitido. Salienta-se que as margens objetivadas devem ser consistentes com os planos estratégico e operacional da entidade; porém, por fugir ao escopo do trabalho, este aspecto não será objeto de investigação. Em outras palavras, partiu-se do pressuposto de que as margens objetivadas são estabelecidas em conformidade com o planejamento estratégico da empresa.

- 5) Quais são as medidas que a direção do hospital tem adotado para atingir, manter ou melhorar seu equilíbrio econômico e financeiro? Existem, na sua opinião, subsídios cruzados?

Esta pergunta é oportuna e se justifica pelo fato de que, no hospital objeto do estudo de caso, de acordo com dados obtidos através de análise documental realizada, a receita proveniente dos convênios de saúde tem representado, ao longo dos últimos cinco anos (de 1999 a 2003), cerca de 80% da receita total, e as demonstrações contábeis do mesmo período indicam margens de lucro operacional próximas a zero. Além disso, a análise dos contratos que a instituição mantém com os planos de saúde indica que os reajustes nos preços dos serviços, quando efetuados, ocorrem após extensos períodos de tempo.

Com esta questão, pretende-se obter informações acerca da gestão de custos e resultados em si. O objetivo específico é verificar se, na prática, a empresa já vem se utilizando da filosofia do Custeio Alvo – ainda que sem aplicar, conscientemente, esta denominação. A resposta a

esta questão também poderá indicar se existem, por exemplo, subsídios cruzados, aporte de capital, entre outras situações.

- 6) Como a empresa se relaciona com seus principais fornecedores? Existem ou é possível estabelecer parcerias com fornecedores de medicamentos, materiais e serviços com o objetivo de otimizar os custos?

A resposta a esta questão indicará se existem ou se é possível estabelecer parcerias com fornecedores com a finalidade de otimizar os custos da cesariana na cadeia de valor. Um dos requisitos do Custeio Alvo é que este deve contemplar um segmento relevante da cadeia de valor em que a empresa opera. Todos os membros relevantes da cadeia de valor devem ser envolvidos no processo do Custeio Alvo.

- 7) Quais são os ativos próprios ou serviços de terceiros envolvidos no atendimento dos principais atributos do Parto com Cesariana?

São vários os atributos do Parto com Cesariana, conforme pode ser constatado no Apêndice D deste trabalho. Para cada um dos principais atributos foi questionado quais os ativos ou serviços de terceiros envolvidos, bem como os itens de custos deles derivados. Esta informação é necessária para o cálculo do custo estimado da cesariana.

Após a realização do pré-teste com o *controller* da empresa, e de discussão com o orientador, o questionário foi ajustado e reajustado nos quesitos necessários até que atingisse o nível de qualidade considerado adequado para a aplicação definitiva, que ocorreu logo em seguida. Foram entrevistados o Diretor Superintendente, o Diretor Financeiro e a Diretora Administrativa da entidade. Com relação à questão de número 07, para obter informações a

respeito de determinados recursos e atributos da Cesariana, foi necessário entrevistar pessoas de outras áreas, tais como farmacêutico, nutricionista, enfermeira chefe, chefe de manutenção e gerente de engenharia. Durante as entrevistas, uma cópia do questionário foi entregue ao entrevistado e outra ficou em poder do entrevistador, que a conduziu e forneceu as explicações necessárias à compreensão de termos técnicos e conceitos utilizados, para facilitar a elaboração das respostas por parte do entrevistado. O pré-teste indicou também que não haveria necessidade de gravar as entrevistas, e o próprio entrevistador se encarregou de tomar nota das respostas dos entrevistados.

3.2.2.4 Procedimentos aplicados para realização da análise documental

Para Lakatos & Marconi (2003, p.174), a pesquisa documental é realizada utilizando-se de documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Na entidade pesquisada foram realizadas análises dos relatórios gerenciais fornecidos pela contabilidade, tais como balancetes, planilhas de custos e orçamentos, entre outros. Também foram analisados outros documentos e relatórios administrativos com a finalidade de obter informações sobre os preços praticados junto aos clientes conveniados, bem como para entender a composição do custo da cesariana.

3.2.2.5 Procedimentos aplicados para observação direta

Uma importante fonte de evidência em um estudo de caso são as observações diretas por parte do pesquisador. De acordo com Lakatos & Marconi (2003, p.190):

A observação é uma técnica de coleta de dados para conseguir informações e utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também de examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar.

De acordo com Yin (2001, p. 115), ‘as provas observacionais são, em geral, úteis para fornecer informações adicionais sobre o tópico que está sendo estudado’. A observação direta

dos procedimentos administrativos, contábeis e clínicos da entidade pesquisada complementou as informações levantadas através dos outros instrumentos de coleta de dados da pesquisa, e foi útil para compreender melhor as condições contextuais, ou seja, os limites e problemas que envolvem tais procedimentos.

3.2.2.6 Procedimentos aplicados para análise e interpretação dos dados

O procedimento seguido para analisar e interpretar os dados coletados foi o mesmo utilizado por Hansen (2002, p. 97), ou seja, as respostas dos questionários que tinham a finalidade de captar a percepção dos respondentes em relação aos principais atributos da cesariana foram tabuladas em termos de percentagem. Isto se justifica pela semelhança do tema e do tipo de pesquisa (estudo de caso) realizada por Hansen. Dadas as dimensões quantitativas e qualitativas da pesquisa, foi possível proceder à análise global dos seus elementos. No Apêndice B é apresentada a consolidação das respostas obtidas às perguntas formuladas.

As entrevistas realizadas com os diretores do hospital foram qualitativas e tiveram o objetivo de captar respostas sobre os procedimentos adotados em relação aos serviços hospitalares, bem como compreender detalhes da gestão que permitam ao hospital equacionar seus problemas de lucratividade e rentabilidade. As respostas às perguntas formuladas permitiram a compreensão e a descrição dos procedimentos adotados pela entidade em relação à cesariana.

3.2.3 Questões do estudo de caso

Este é o ponto central do protocolo, pois trata-se de questões que refletem a investigação real. Essas questões devem servir como lembretes que o pesquisador deverá utilizar para não se esquecer das informações que precisam ser coletadas e o motivo para tal. O objetivo principal dessas questões é manter o pesquisador na pista certa, à medida que a coleta de dados avança.

Assim, para atingir os objetivos dessa pesquisa, foram estabelecidas quatro questões, enumeradas no tópico 1.3.

Além disso, Yin (2001, p.95) recomenda que cada questão deve vir acompanhada de uma lista de fontes prováveis de evidências e complementa afirmando que o caminho entre as questões de pesquisa e as prováveis fontes de evidências é muito útil na coleta de dados. Dessa forma, planejou-se o levantamento de dados com o objetivo de se obter evidências para responder às questões da pesquisa, conforme relatado no tópico 3.2.2.

3.2.4 Guia para o relatório do estudo de caso

Yin (2001, p.100) sugere que um esquema básico do relatório do estudo de caso faça parte do protocolo. Por isso, tratando-se de uma dissertação de mestrado, o relatório do estudo de caso foi planejado visando enquadrar-se dentro dos parâmetros impostos para uma publicação acadêmica. Para tanto, antes mesmo de os dados serem coletados, foi elaborado um projeto que apresentou o problema, as questões, os objetivos da pesquisa, os aparatos e procedimentos para coleta de dados e a descrição da aplicação do Custeio Alvo na cesariana, na entidade pesquisada. A partir desse projeto, foram elaborados os Capítulos 1 e 3, Introdução e Método e técnicas da pesquisa, respectivamente, que serviram de guia para a elaboração do relatório desse estudo de caso.

No Capítulo 4, a seguir, apresentam-se os achados da pesquisa, isto é, o produto final do estudo de caso.

4 RELATO DA EXPERIÊNCIA NA EMPRESA

4.1 Breve histórico dos hospitais no Brasil

As primeiras instituições hospitalares no Brasil surgiram na época do seu descobrimento pelos portugueses. A idéia do cristianismo, da caridade e do amparo às pessoas com dificuldades estava presente nos primeiros hospitais brasileiros e, desde então, são reconhecidos como recursos indispensáveis à comunidade. Segundo Martins Domingos (2002, p. 17), “a forma de assistência utilizada teve origem no movimento iniciado na Idade Média na Itália e denominada de Misericórdias, que tinham como propósito amparar as pessoas com dificuldades diversas.”

De acordo com Martins Domingos (2002, p. 17), a primeira Santa Casa de Misericórdia do Brasil foi fundada por Braz Cubas na cidade de Santos, no Estado de São Paulo. A partir daí, espalharam-se por muitas cidades brasileiras dedicando-se ao serviço de assistência à saúde.

4.2 Perfil da entidade objeto do estudo de caso

Constituída em 1983, cuja denominação não se declina por razões diversas, a entidade pesquisada é uma sociedade anônima de capital fechado, localizada na cidade de Maringá PR, com um faturamento anual aproximado de 9 milhões de reais em 2003. Possui 8 mil metros quadrados de área construída, 7 salas de cirurgia, sendo 2 exclusivamente para obstetrícia, e 100 leitos. O corpo clínico é composto por médicos de diversas especialidades, todos acionistas da empresa. O hospital possui cerca de 270 funcionários (Junho/2004) distribuídos nas áreas de assistência ao paciente, apoio e administração.

O hospital está estruturado com as seguintes unidades de serviços: Enfermagem de Alto

Padrão, Unidades de Internação, Centro Obstétrico, Centro Cirúrgico, Pronto Socorro, Maternidade e UTI. Os seus serviços de diagnóstico e apoio são prestados em: Laboratório de Anatomia Patológica, Vídeo Diagnóstico e Vídeo Cirurgia, Laboratório de Análises Clínicas, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Raios-X, Ultra-Som, Vídeo-Endoscopia, Hemodinâmica, Hemodiálise e Fisioterapia.

As especialidades clínicas e cirúrgicas são: Otorrinolaringologia e Cirurgia Otorrinolaringológica, Gastroenterologia e Cirurgia do Aparelho Digestivo, Colo-Proctologia e Cirurgia Colo-Proctológica, Pediatria, Neonatologia e Cirurgia Pediátrica, Oftalmologia e Cirurgia Oftalmológica, Clínica Médica, Pneumologia e Cirurgia Torácica, Oncologia e Cirurgia Oncológica, Cardiologia e Cirurgia Cardíaca, Angiologia e Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica e Reparadora, Urologia e Cirurgia Urológica, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Doenças Infecto-Contagiosas, Neurologia e Neurocirurgia, Ortopedia e Traumatologia, Ginecologia e Obstetrícia, Endocrinologia, Anestesiologia, Hepatologia, Nefrologia, Psiquiatria e Psicologia.

Considerando-se a omissão do nome da entidade pesquisada, e levando-se em conta que a comunicação entre pesquisador e leitor deve ser facilitada, todas as vezes que for necessário referir-se à Instituição, serão utilizados os termos empresa, entidade, ou simplesmente hospital.

4.3 O produto teste

Cesariana é a técnica de remoção cirúrgica de um bebê do útero materno, por incisão abdominal, antes ou ao fim do período normal de gestação. De acordo com relatos médicos, na obstetrícia moderna a cesariana geralmente é indicada quando a vida da mãe ou a do bebê corre algum risco. A decisão médica se baseia em exames físicos, na história clínica da

paciente e em testes específicos, que incluem monitoramento da frequência cardíaca do bebê. Ainda de acordo com os médicos, o risco da cesariana é pequeno, mas supera o do parto normal, pois trata-se de uma grande cirurgia. Também aumentam as possibilidades de complicações, como infecção, hemorragia, coágulos sanguíneos etc. Segundo relato de um dos médicos entrevistados, acredita-se ainda que a cesariana prive o bebê de hormônios e de outras substâncias que a mãe libera durante o trabalho de parto. Apesar disso, as estatísticas, no caso do Brasil, comprovam a preferência pela cesariana em relação ao parto normal.

Para submeter-se à cesariana, a paciente deve dar entrada no hospital no horário previamente acertado com o médico e dirigir-se à recepção, onde serão tomadas as providências para sua internação. Em seguida, a mesma é encaminhada para os aposentos onde ficará internada, em geral, por dois dias. No caso de paciente conveniada, a acomodação se dará em apartamento *Standard*, que possui banheiro próprio e está equipado com aparelho televisor, aparelho telefônico e ventilador de teto. Independentemente do horário de entrada, a diária hospitalar vencerá sempre às 12:00hs do dia seguinte ao da internação. No preço da diária estão inclusos aposentos, alimentação e atendimento de enfermagem. Estando no quarto, a paciente começa ser preparada para a realização da cirurgia. O processo pode variar dependendo das condições da paciente, que pode determinar urgência ou não dos procedimentos. Após a realização da cirurgia para retirada do bebê, a mãe deve permanecer por algum tempo em uma sala apropriada, dentro do centro cirúrgico, para se recuperar da anestesia e, só então, será encaminhada aos seus aposentos onde deverá permanecer até receber alta médica. Enquanto isso, são dispensados os cuidados necessários para assegurar a saúde do bebê, que, no caso deste hospital, permanecerá junto com a mãe durante todo período de internação.

Independentemente do tipo de paciente, se particular ou conveniada, a realização da cesariana implica o uso de medicamentos, materiais cirúrgicos, equipamentos, instalações físicas e

pessoal. O uso de todos esses recursos é remunerado de acordo com valores previstos em tabelas de preços e, em geral, os preços praticados para pacientes particulares são superiores aos praticados para pacientes conveniadas.

O produto teste deste estudo de caso é a cesariana realizada em pacientes via planos de saúde com internação em apartamento *Standard*. Neste caso, a conta hospitalar é apresentada ao plano de saúde, por ocasião da alta médica da paciente, na forma de medicamentos, materiais, diárias e taxas hospitalares. As diárias são pertinentes ao apartamento e ao berçário ocupados durante o período de internação. As taxas visam cobrir o uso de equipamentos e demais instalações do hospital. Em uma cesariana, dentro da normalidade, são cobradas as seguintes taxas hospitalares:

- a) sala de cirurgia – porte 5;
- b) registro de internação;
- c) uso de oxigênio do centro cirúrgico (por hora);
- d) aspiração contínua (por hora);
- e) uso do aspirador;
- f) uso de berço aquecido (diária);
- g) uso de bisturi elétrico;
- h) uso de oxímetro;
- i) uso da sala de recuperação pós-anestésica; e
- j) curativo.

4.4 Verificação do grau de aderência dos princípios e requisitos do Custeio Alvo a

produtos e serviços hospitalares

Antes de testar a aplicabilidade do Custeio Alvo a produtos e serviços hospitalares por meio de um estudo de caso prático, é fundamental verificar, primeiramente, sua possível aplicação em termos teóricos, ou seja, verificando se os princípios e requisitos do Custeio Alvo, tal como foram expostos nos tópicos 2.5 e 2.6, são aplicáveis a este segmento. A utilização eficaz do processo do Custeio Alvo em produtos hospitalares dependerá da observância de alguns fundamentos. Portanto, na sequência, serão analisadas detalhadamente a aplicação e prováveis adaptações do Custeio Alvo a produtos e serviços hospitalares, tendo em vista seus princípios e requisitos.

1. A voz do consumidor orienta todo o processo

A exemplo do que ocorre nos demais setores da economia, o atendimento deste princípio é, antes de tudo, uma necessidade de sobrevivência da empresa. Os desejos, anseios e necessidades dos consumidores devem ser contemplados no projeto dos produtos e serviços hospitalares, principalmente porque o consumidor está confiando sua saúde e, em muitos casos, sua própria vida ao hospital. Portanto, o gerenciamento dos custos deve ser norteado pela voz do consumidor/paciente e o custo alvo deve ser atingido sem sacrificar seus anseios e sem diminuir a qualidade do produto ou serviço a ser oferecido. Considera-se, portanto, que este princípio é aplicável aos hospitais.

2. O lucro é garantia de sobrevivência da empresa

Este princípio é universal no âmbito empresarial. O lucro é uma necessidade para todas as empresas privadas, sendo a principal fonte de recursos para assegurar a sua continuidade. Do ponto de vista econômico, patrimonial, financeiro e social, o hospital é

uma empresa como as demais pertencentes a outros setores da economia. Possuem ativos, passivos, despesas e receitas que precisam ser administrados de forma eficiente e eficaz para garantir sua continuidade como empresa, gerando resultados que remunerem adequadamente os fatores trabalho e capital do acionista e a comunidade, além de permitir acompanhar os avanços tecnológicos da medicina e manter ou ampliar suas instalações. Até mesmo os hospitais sem fins lucrativos devem objetivar resultados econômicos positivos. A lei não impede que entidades filantrópicas auferam lucros ou superávits, apenas coíbe sua distribuição a sócios ou a quem quer que seja. O lucro obtido por estas sociedades deve ser revertido em benefício de seus objetivos sociais. Portanto, este princípio é perfeitamente aplicável aos hospitais.

3. O custo é determinado pelo preço

Para o Custeio Alvo, este princípio é fundamental. Houve um tempo em que talvez o preço de venda pudesse ser determinado a partir dos custos da empresa. Até hoje, dependendo do tipo de mercado em que a empresa atua, isto pode ser possível, porém a realidade do setor hospitalar não permite esta prática. Segundo relatos da administração do hospital, os preços dos serviços particulares são orientados em parte pelo mercado e em parte pelos custos. Entretanto, os preços dos serviços prestados aos planos de saúde, que no caso deste hospital representam cerca de 80% do faturamento anual, são estabelecidos em contratos que, há muito não são reajustados. Por isso, o custo precisa ser gerenciado a partir do preço de venda imposto pelo mercado (planos de saúde), e não o contrário. Com a possível implantação do Custeio Alvo, o hospital continuará praticando preços determinados pelo mercado; contudo, terá mais e melhores subsídios para gerenciar os custos em função desse preço, a fim de garantir as margens desejadas e planejadas para cada produto ou serviço. Este princípio é aplicável ao setor hospitalar

privado como um todo.

4. O projeto é o principal determinante do custo

Foi demonstrado através da Figura 2 que cerca de 80% dos custos de um produto podem ser determinados ou comprometidos no seu projeto. Por isso, acredita-se que reduções significativas de custos somente serão obtidas focando o projeto. Após o produto ou serviço estar em operação, as ações voltadas para reduzir custos devem continuar existindo, porém os resultados obtidos serão menos significativos, se comparados com as ações centradas no projeto. Se o produto ou serviço já existe, o projeto precisa ser redefinido. Por isso, considera-se que este princípio é aplicável aos hospitais. Considera-se como projeto, para efeito dos serviços hospitalares, entre outros itens mais relevantes, o tipo de medicamento, que pode ser genérico ou não, o tipo do material (fios, sondas, etc.), a quantidade de enfermeiras(os) por leito, a qualidade e a quantidade de refeições servidas, a qualidade e a quantidade do mobiliário, etc.

Os princípios do Custeio Alvo são aplicáveis, portanto, não só ao hospital onde foi realizada a pesquisa, mas a todos os que possuem as mesmas características e que atuam em mercados competitivos. Com isso, conclui-se que, em princípio, a aplicação do Custeio Alvo a produtos e serviços hospitalares é factível, pelo menos em termos de princípios. Contudo, deve-se verificar se o segmento hospitalar reúne as condições necessárias para a implantação do Custeio Alvo. Assim, na seqüência, verifica-se sua aplicabilidade levando em conta os requisitos.

1. O preço deve ser fortemente influenciado pela competição

Muito mais forte que a competição no setor é a imposição de preços por parte dos planos de saúde. De acordo com relatos da administração do hospital, a gestão de preços dos produtos e serviços hospitalares é tarefa extremamente difícil, uma vez que os planos de saúde não se dispõem a reajustar os preços fixados em contrato. A maioria dos contratos celebrados entre os planos de saúde e o hospital não são reajustados desde 1997. Além disso, em Maringá e região existem diversos hospitais que se equivalem em termos de especialidades e de números de leitos, representando, portanto, uma forte concorrência para o hospital. Deve-se ressaltar, entretanto, que alguns fatores, como notoriedade, reputação, especialidades e modernidade das instalações e equipamentos, são considerados diferenciais e podem reduzir a influência da competição sobre os preços. Apesar disso, considera-se que o preço é fortemente influenciado pelo ambiente competitivo, sendo o requisito atendido.

2. O ciclo de vida dos produtos deve ser curto

Uma gestão pró-ativa deveria periodicamente rever as funções e os atributos dos seus produtos com a finalidade de adequá-los às novas realidades. As características dos produtos devem mudar sempre em função de atender novos desejos e anseios dos consumidores. O Gol fabricado pela Volkswagen em 1985 não é o mesmo Gol fabricado em 2004. Embora o modelo esteja no mercado há mais de vinte anos, o produto em si foi totalmente modificado e não pode ser considerado o mesmo. Durante este tempo, atributos foram incluídos, alterados ou excluídos, de acordo com as necessidades e anseios do mercado consumidor e estratégias de *marketing*. De modo análogo, a diária hospitalar é um produto que os hospitais comercializam há anos, porém seus atributos são, hoje, diferentes do que eram vinte anos atrás. Frigobar e ambiente climatizado são exemplos disso. Kotler (1998, p. 328) afirma que “as

expectativas dos consumidores são progressivas. Este fato enfatiza a importância estratégica de uma empresa manter a liderança na introdução de novos atributos. Cada novo atributo, se bem sucedido, gera uma vantagem competitiva para a empresa...”. No entanto, no caso dos hospitais, os produtos ou serviços não são lançados no mercado com ciclo de vida pré-determinado, tal como na indústria de bens de consumo duráveis (vídeo-cassete, DVD, telefone celular, etc). Além disso, parece não ser freqüente o lançamento de novos produtos ou serviços; porém a inclusão, alteração ou retirada de um atributo de um produto já existente implica modificar seu projeto, transformando-o parcialmente em um novo produto. Sendo assim, pode-se dizer que este requisito é totalmente atendido, uma vez que, para efeito de Custeio Alvo, a cada reformulação o produto pode ser considerado como um novo produto, implicando a revisão do projeto e requerendo novo cálculo de custos e margem objetivada.

3. As pessoas da empresa devem estar comprometidas com o processo de Custeio Alvo

O Custeio Alvo não é um processo que visa, unicamente, reduzir custos. A tarefa é muito mais ampla, pois consiste em atingir o custo máximo permitido pelo mercado. Isto significa que, em determinados casos, o custo de um produto poderá até ser aumentado, desde que isto represente melhora na qualidade do produto, e seja, obviamente, percebido e aceito pelo consumidor. A redução de custos, quando necessária, é sempre focada no consumidor e no projeto do produto. Percebe-se, então, tratar-se de uma abordagem de gerenciamento de custos diferente da abordagem tradicional¹⁵ e, por isso, requer o envolvimento de profissionais de diversas áreas da empresa. Além do envolvimento, o comprometimento das pessoas é fundamental para atingir o nível de custo estabelecido pela empresa. No caso do hospital, este

¹⁵ Vide Quadro 01, Capítulo 2.

comprometimento envolveu desde a Diretoria Administrativa, Médicos, Farmacêutico, Nutricionista, Chefe de Manutenção, Encarregado da Lavanderia, Enfermagem, Compras, Finanças, Controladoria, Contabilidade e, até mesmo, alguns fornecedores. O problema de como obter isto por parte dos funcionários diz respeito à área de Recursos Humanos através de políticas de motivação e compensação. Não é objetivo deste estudo entrar no mérito da questão. Contudo, conclui-se que o requisito é aplicável, pois é factível o comprometimento de todas essas áreas no processo do Custeio Alvo.

4. O Custeio Alvo deve contemplar todo o ciclo de vida do produto

Segundo Kotler (1998, p. 309), o ciclo de vida de um produto divide-se em quatro estágios: introdução, crescimento, maturidade e declínio. Este requisito pressupõe, então, o gerenciamento de custos com uma visão abrangente, ou seja, contemplando todos estes estágios. Durante este ciclo, deve-se buscar a otimização dos custos com o projeto, produção, *marketing*, distribuição, suporte e assistência técnica. Contudo, em se tratando de hospitais, que são entidades prestadoras de serviços muito específicos, este requisito parece não ser imprescindível. Ao produto-teste eleito para aplicação do estudo de caso objeto deste trabalho – o parto cesariana – não se enquadram aqueles quatro estágios do ciclo de vida anteriormente citados, pois este enfoque de *marketing* não é usual nesse ramo de atividade. Assim, conclui-se que este requisito não se aplica ao caso, o que não inviabiliza o processo como um todo, conforme será melhor explicado no encerramento deste tópico.

5. O Custeio Alvo deve contemplar o custo total de uso e propriedade para o consumidor

Segundo este princípio, as empresas deveriam se preocupar com o gerenciamento dos

custos que o consumidor terá que incorrer pelo uso e pela propriedade do produto. Em outras palavras, a partir da entrega de um veículo ao consumidor, por exemplo, o fabricante deveria estar preocupado em mensurar, estimar os custos de manutenção, combustível, seguro, impostos, entre outros, com o objetivo de otimizá-los. Em muitos casos, os custos incorridos pelo consumidor são relevantes e, em se tratando de ambientes altamente competitivos, a preocupação com estes custos pode fornecer vantagem competitiva para a empresa. No caso do hospital, quase não existem custos a serem incorridos pelo consumidor após a prestação do serviço e, os que existem, são considerados irrelevantes; assim, entende-se que os custos incorridos dentro do hospital, durante a prestação do serviço, representam quase que a totalidade do custo total de uso e propriedade para o consumidor. Portanto, este requisito é aplicável também aos hospitais.

6. O Custeio Alvo deve contemplar um segmento relevante da cadeia de valor na qual a empresa opera

A aplicação deste requisito em um processo de Custeio Alvo pressupõe o envolvimento de agentes externos à empresa, tais como fornecedores, vendedores, clientes, distribuidores e provedores de serviços. A gestão de custos deve abranger a cadeia como um todo e, para isso, é fundamental o desenvolvimento de parcerias. No caso dos hospitais, embora pareça não ser usual, é factível o comprometimento ou pelo menos o envolvimento dos membros da cadeia de valor na implementação do Custeio Alvo. Na seqüência, o autor procura demonstrar um segmento da cadeia de valor do setor hospitalar.

Figura 5 – Segmento da cadeia de valor do setor hospitalar

Embora os produtos e serviços hospitalares não atendam ao requisito de número 4, isto não significa que o processo de Custeio Alvo não seja aplicável no segmento, uma vez que este fato não fere a sua essência. Essencialmente, o processo de Custeio Alvo busca atingir o custo alvo, respeitando o preço que o mercado está disposto a pagar e preservando a margem objetivada pela empresa. Por isso, conclui-se, em princípio, que o Custeio Alvo é aplicável a serviços hospitalares.

4.5 Fluxograma de aplicação do Custeio Alvo a produtos e serviços hospitalares

Uma vez constatado que o Custeio Alvo é aplicável, em termos teóricos, a serviços hospitalares, e objetivando sua aplicação prática, apresenta-se, na sequência, um fluxograma de sua utilização.

Figura 6 - Fluxograma de utilização do Custeio Alvo a serviços hospitalares

FONTE: Hansen, J. E. Aplicação do Custeio Alvo em Cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu* – Um estudo sob o enfoque da gestão estratégica de custos. 2002. 211p. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade) – FEA/USP. Adaptado.

Figura 7 - Fluxograma de utilização do Custeio Alvo a serviços hospitalares - Continuação 1

FONTE: Hansen, J. E. Aplicação do Custeio Alvo em Cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu* – Um estudo sob o enfoque da gestão estratégica de custos. 2002. 211p. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade) – FEA/USP. Adaptado.

Figura 8 - Fluxograma de utilização do Custeio Alvo a serviços hospitalares - Continuação 2

FONTE: Hansen, J. E. Aplicação do Custeio Alvo em Cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu* – Um estudo sob o enfoque da gestão estratégica de custos. 2002. 211p. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade) – FEA/USP. Adaptado.

4.6 A aplicação do Custeio Alvo na empresa objeto do estudo de caso

O objetivo deste tópico é demonstrar o processo de aplicação do Custeio Alvo em um serviço hospitalar para verificar se é possível ou não, na prática, a efetiva adequação do mesmo a Entidades Hospitalares. Esta abordagem está baseada na pesquisa realizada junto ao grupo de mulheres (Apêndices A e B) e também no relato sobre os procedimentos para estabelecer preços e margens adotados pelo hospital, obtidos junto aos gestores por meio de entrevistas.

Conforme foi explicado no item 4.3, a conta hospitalar é apresentada ao plano de saúde em três blocos distintos:

- materiais e medicamentos,
- diárias e
- taxas hospitalares.

Portanto, a definição do custo alvo da cesariana deveria obedecer a esta mesma disposição, ou seja, deveria ser estabelecido um custo alvo para cada um destes três componentes, já que a cobrança é assim realizada.

Porém, neste ponto do trabalho, uma importante decisão foi tomada pelo pesquisador e orientador: a de sugerir à administração do hospital redefinir o produto teste a fim de relançá-lo no mercado, sob a forma de pacote, incluindo todos aqueles três componentes, a saber, os materiais e medicamentos, as diárias e as taxas.

Cada serviço prestado pelo hospital seria então um pacote. Por exemplo, no pacote cesariana, estariam inclusos as diárias, as taxas e todos os medicamentos e materiais consumidos, e o plano pagaria um único valor pelo pacote todo. Os administradores do hospital estavam relutantes em aderir à nova modalidade do pacote, até que vislumbraram no Custeio Alvo a

possibilidade de atender este anseio de seus clientes, garantindo uma margem de lucro alvo. Assim, decidiu-se que o Custeio Alvo seria aplicado no pacote cesariana.

4.6.1 Pacote Cesariana – redefinição do produto

Durante o processo de coleta de dados para este estudo de caso, mais precisamente nas entrevistas realizadas com os gestores, o pesquisador vislumbrou a possibilidade de dar à entidade pesquisada uma contribuição efetiva, não se limitando a um trabalho acadêmico. Em uma das entrevistas, a Diretora Administrativa revelou que há algum tempo os planos de saúde têm manifestado o desejo de trabalhar com o hospital remunerando seus serviços sob a forma de pacotes. Nesta modalidade, não haveria necessidade de o hospital prestar conta item a item do que foi gasto no atendimento do paciente. Simplesmente, o plano de saúde pagaria um determinado valor pelo serviço prestado e o hospital deveria adequar-se dentro deste valor para cobrir seus custos e ainda garantir uma margem de lucro.

A entrevista estendeu-se e a administradora revelou ainda que, na forma como vem trabalhando atualmente, tanto o hospital quanto os planos de saúde são obrigados a manter uma estrutura de pessoas, softwares, equipamentos e espaço físico para realizar o serviço de conferência das faturas, entre aquilo que foi faturado e o que foi efetivamente pago. Invariavelmente existem diferenças, quer por erro humano, quer por desacordo no cumprimento das tabelas de preços, entre outros. A modalidade de pacotes mudaria significativamente a forma de trabalhar. Muitas tarefas que não agregam valor poderiam deixar de ser executadas tanto pelo hospital como pelos planos de saúde, podendo resultar em reduções significativas de custos para ambos.

No entanto, o hospital sempre esteve relutante em aderir a esta nova modalidade de trabalho, pois temia não se enquadrar dentro dos preços dos pacotes que os planos vêm oferecendo.

Uma vez pactuado o preço e assinado o contrato com o plano de saúde, o hospital é obrigado a prestar o serviço pelo valor contratado, independentemente de ter lucro ou prejuízo. Estando neste impasse, as seguintes perguntas foram feitas ao pesquisador: será que o Custeio Alvo pode nos dar subsídios para tomar esta decisão? o preço do pacote oferecido pelo plano de saúde cobriria os nossos custos e ainda sobraria uma margem de lucro?

Segundo o professor orientador desta pesquisa, não se pode de maneira alguma perder a oportunidade de dar uma contribuição real e efetiva para a entidade e ao mesmo tempo agregar valor ao trabalho. Então, ficou definido pacote cesariana como sendo o conjunto que compreende os medicamentos, os materiais, as diárias e as taxas hospitalares.

Para facilitar a comunicação com o leitor, doravante será utilizado apenas o termo pacote para referir-se ao produto teste, que é o parto com cesariana com internação em apartamento *Standard*, via plano de saúde. O primeiro passo para dar início ao processo é a definição do preço alvo.

4.6.2 Definição do Preço Alvo para o Pacote

Segundo a teoria do Custeio Alvo, conforme pode ser observado no Capítulo 2, o Preço Alvo deveria ser obtido por meio de pesquisas e estudos de *marketing*, nos quais fosse possível captar o preço máximo que os clientes estariam dispostos a pagar pelo produto ou serviço. Entretanto, é importante salientar que para este produto, especificamente, o preço alvo não foi obtido através de pesquisa de mercado com pacientes ou clientes potenciais. Por se tratar de um produto oferecido a pacientes conveniados, o preço é aquele negociado com cada convênio em particular. Neste caso, o cliente direto é o plano de saúde e é ele quem define, e em muitos casos até impõe, os preços sobre os produtos e serviços oferecidos pelo hospital.

Como preço alvo do pacote, será utilizado um valor hipotético. É hipotético por não ter sido obtido no âmbito de uma ampla pesquisa de mercado junto aos planos de saúde. No entanto, estabeleceu-se um preço médio entre aqueles que os planos vinham oferecendo ao hospital pelo pacote cesariana¹⁶. O Preço Alvo do pacote foi definido em R\$800,00¹⁷ (oitocentos reais), independentemente do volume de cesarianas realizadas. A questão do prazo de pagamento também deve ser levada em consideração, principalmente em períodos de elevadas taxas de inflação. A maioria dos planos de saúde que mantêm convênio com o hospital opera com prazos médios que variam entre 40 e 50 dias para pagamento das faturas.

Contudo, neste trabalho, para simplificar didaticamente o processo de Custeio Alvo, o preço dado será considerado como se fosse à vista¹⁸.

4.6.3 Definição da Margem Objetivada para o Pacote

Estabelecido o preço alvo do pacote deve-se, em seguida, computar a margem objetivada. Não se trata simplesmente de estabelecer um percentual sobre o preço de venda ou de definir outro valor qualquer como margem desejada. A empresa está decidindo mudar a forma de comercialização e apresentação do produto, então, deve-se cuidar para não estipular uma margem que dê um retorno sobre o investimento menor do que aquele que vinha sendo proporcionado. A análise documental revelou que, em média, a conta hospitalar da cesariana com internação em apartamento *Standard* é composta por 50% de materiais e medicamentos, 25% de diárias e 25% de taxas hospitalares. Assim, deve-se levar em conta as margens que vinham sendo obtidas nas diárias, nas taxas, nos materiais e medicamentos individualmente, ponderando-as pela participação de cada um destes componentes na conta hospitalar da cesariana.

¹⁶ Como os custos estimados referem-se ao ano de 2003, este preço também é relativo ao mesmo ano.

¹⁷ Preço bruto (impostos inclusos).

¹⁸ O correto é trazer o preço a prazo a valor presente.

No caso dos materiais e medicamentos, constatou-se, através de análise em relatórios internos da empresa, que o hospital tem obtido margens operacionais em torno de 30%, em média. Com relação às diárias e taxas hospitalares, a empresa revelou que não vinha obtendo margem alguma, já que os preços praticados junto aos planos de saúde eram insuficientes para cobrir os custos.

Para dar seqüência ao processo do Custeio Alvo, a direção da empresa sugeriu, de forma relativamente arbitrária¹⁹, trabalhar com os seguintes percentuais para determinação da margem alvo operacional, aplicados sobre o preço de venda líquido do pacote:

- materiais e medicamentos: 30%
- diárias hospitalares: 20%
- taxas hospitalares: 10%

Entretanto, para obtenção da margem alvo do pacote, deve-se calcular a média destes percentuais ponderada pela participação de cada um dos componentes na conta hospitalar, conforme demonstrado na tabela a seguir:

Tabela 2 - Margem alvo objetivada para o pacote - Em percentual

Componentes	% médio de participação na conta hospitalar	Margem Objetivada por componente	Média ponderada
Materiais e Medicamentos	50%	30%	15%
Diárias hospitalares	25%	20%	5%
Taxas hospitalares	25%	10%	2,5%
(=) % médio ponderado de margem operacional			22,5%

Definido o percentual de 22,5% de margem de lucro para o pacote, é possível calcular a Margem Alvo, que será demonstrada na tabela a seguir:

¹⁹ A margem desejada deveria estar prevista nos planos estratégicos e operacionais da empresa.

Tabela 3 - Cálculo da Margem Objetivada para pacote

Descrição	Valor
Preço de venda	800,00
(-) Impostos 7,03% ²⁰	56,24
(=) Preço de venda líquido	743,76
Margem Alvo (743,76 x 0,225)	167,35

4.6.4 Cálculo do Custo Meta do Pacote

Conhecidos o preço alvo e a margem objetivada, o próximo passo é calcular o custo meta, ou o custo máximo admissível para o pacote cesariana. O processo de cálculo consiste em confrontar o preço de venda líquido com a margem objetivada.

O custo meta do pacote cesariana está demonstrado na tabela a seguir:

Tabela 4 - Cálculo do Custo Meta do pacote - Em Reais

Descrição	Valor
Preço de venda líquido	743,76
(-) Margem operacional desejada	167,35
(=) Custo Meta	576,41

O custo meta de R\$576,41 representa o custo máximo admissível para atingir a margem de lucro desejada de R\$167,35, em função do preço alvo bruto de mercado de R\$800,00.

4.6.5 Cálculo do Custo Estimado (CE)

Para estimar o custo do pacote cesariana, deve-se computar todos os recursos materiais e humanos que serão consumidos no atendimento da paciente e do bebê durante os dois dias em que ficarão internados. Durante o período em que a paciente e o bebê permanecerem no hospital serão utilizados materiais, medicamentos, aparelhos, equipamentos, instalações,

²⁰ Imposto Sobre Serviços - ISS = 3%; Programa de Integração Social - PIS = 0,65%; Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - COFINS = 3,0%; Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira - CPMF = 0,38%

mão-de-obra, além de vários outros recursos. Portanto, para compor o custo do pacote, deve-se, primeiramente, identificar de forma detalhada os recursos relevantes consumidos e, em seguida, custeá-los.

Para identificar os materiais e medicamentos utilizados numa cesariana e respectivas quantidades, foi necessário pesquisar relatórios do setor de faturamento do hospital, mais precisamente as faturas deste tipo de cirurgia emitidas contra os planos de saúde. Esta informação também poderia ter sido obtida através de entrevistas com médicos obstetras; entretanto, optou-se pela pesquisa documental por entender que esta representava maior confiabilidade e agilidade. Para a análise, foram descartadas aquelas cesarianas onde ocorreram complicações, pois a intenção era levantar o consumo médio de materiais e medicamentos dentro de condições normais.

Visando conferir validade ao processo, entendeu-se que seria importante analisar a produção de pelo menos três médicos diferentes, pois o consumo de materiais e medicamentos pode ser influenciado pelas técnicas, valores e crenças de cada um. Após discutir o assunto com a Diretora Administrativa, decidiu-se analisar a produção dos três médicos que mais realizaram este tipo de cirurgia durante o ano de 2003. A produção dos três médicos selecionados representou, aproximadamente, 60% da receita com cesarianas naquele ano. Decidiu-se ainda que não haveria necessidade de dimensionar estatisticamente o tamanho da amostra a ser analisada. De acordo com a experiência do pessoal envolvido na tarefa, bastaria analisar cinco faturas de cada médico, escolhidas aleatoriamente, pois esta amostra representava adequadamente o consumo de materiais e medicamentos utilizados em uma cesariana naquele hospital.

Então, foram selecionadas as quinze faturas de cesarianas, consideradas normais²¹. Verificou-se que existiam variações quantitativas e nominais no consumo de materiais e medicamentos de médico para médico e, até mesmo, entre cesarianas realizadas pelo mesmo médico. Embora nenhuma das quinze faturas tivesse exatamente o mesmo consumo, as variações constatadas não eram relevantes e podiam ser atribuídas ao método ou estilo adotado pelo médico que realizou a cirurgia, sendo, portanto, consideradas variações normais.

Da análise dessas faturas, e com a colaboração do farmacêutico do hospital, foi possível elaborar uma lista-padrão com o consumo, em termos nominais e quantitativos, dos materiais e medicamentos para uso em uma cesariana dentro das condições de normalidade, e, após ter sido analisada por médicos obstetras que atuam no hospital, foi considerada adequada. Destaca-se que a administração do hospital declarou a intenção de utilizar esta lista para estabelecer o consumo padrão de materiais e medicamentos para cesariana. Sendo assim, este fato pode ser considerado como a primeira contribuição desta pesquisa para a entidade.

Uma vez levantados os materiais e os medicamentos normalmente utilizados no pacote cesariana, o próximo passo foi estimar o custo unitário de cada item, de acordo com sua unidade de consumo. De posse do custo por unidade de consumo, bem como da quantidade padrão de cada item, foi possível calcular o custo estimado total dos materiais e medicamentos utilizados na paciente e no bebê.

A quantidade elevada de itens poderia dificultar a visualização por parte do leitor, por isso foram elaboradas as tabelas 5 e 6 exibidas a seguir: a primeira contempla os materiais hospitalares consumidos no pacote cesariana, enquanto a segunda demonstra os

²¹ É importante lembrar que, para efeito da análise em questão, foram consideradas normais aquelas cirurgias em que o retorno progressivo à saúde da parturiente e do bebê ocorreram dentro do esperado. O período de internação foi de 2 dias, não sendo necessário o uso de instalações, materiais, equipamentos ou medicamentos além daqueles normalmente utilizados.

medicamentos.

Tabela 5 - Custo estimado dos materiais hospitalares utilizados no pacote

Itens	Unidade de consumo	Qtde	Custo unitário ²²	Custo total
Agulha descartável 25x07	Agulha	3	0,063	0,19
Agulha descartável 25x08	Agulha	3	0,063	0,19
Agulha descartável 40x12	Agulha	8	0,108	0,86
Agulha p/ raquí spinocan g27 desc	Agulha	1	10,232	10,23
Bolinha de algodão ²³	Bolinha	20		0,00
Cateter nasal tipo óculos	Cateter	1	1,250	1,25
Cateter ven. Periférico n.20	Cateter	1	2,620	2,62
Clamp p/ cordão umbilical	Peça	1	0,457	0,46
Compressa cir. 25x23 c/5 estéril	Pacote	2	0,502	1,00
Compressa cir. 50x45 c/5 estéril	Pacote	3	0,906	2,72
Compressa gaze 7,5 esteril c/ 05	Pacote	5	0,220	1,10
Compressa gaze 7,5 esteril c/ 10	Pacote	2	0,280	0,56
Cotonetes	Cotonete	2	0,010	0,02
Equipo gis c/ inj lateral macrogota	Equipo	1	0,930	0,93
Equipo polifix 2 vias	Equipo	1	1,130	1,13
Fio catg. Crom. 1 803-T	Envelope	2	4,250	8,50
Fio catg. Simp. 2-0 CS-114/115-T	Envelope	1	6,000	6,00
Fio catg. Simp. 2-0 G313-T	Envelope	2	3,230	6,46
Fio monon 5-0 1166-T SUP	Envelope	2	5,330	10,66
Fio vicryl 2-0 J351-H	Envelope	1	6,990	6,99
Fio Vicryl 3-0 J350-H	Envelope	3	6,990	20,97
Fita adesiva crepe branca 19mmx50mt	Centímetro	50	0,000	0,02
Fita micropore 25mmx10mt	Centímetro	250	0,003	0,73
Lâmina bisturi n.22	Lâmina	1	0,885	0,88
Luva cirúrgica estéril n. 7,0	Par	3	0,850	2,55
Luva cirúrgica estéril n. 8,0	Par	2	0,850	1,70
Luva cirúrgica estéril n.6,5	Par	1	0,850	0,85
Luva cirúrgica estéril n.7,5	Par	1	0,850	0,85
Luva de procedimento media	Luva	6	0,100	0,60
Povidine degermante c/ disp 1000ml	MI	150	0,011	1,72
Povidine tópico 1000 ml	MI	150	0,009	1,42
Pulseira ident. Mãe/filho bca. Numer	Conjunto	1	0,862	0,86
Seringa 01ml ins desc. c/ ag. Mov	Seringa	1	0,210	0,21
Seringa 03ml descartável LUER LOOK	Seringa	5	0,120	0,60
Seringa 05ml descartável bico liso	Seringa	2	0,119	0,24
Seringa 10ml descartável LUER LOOK	Seringa	6	0,260	1,56
Sonda spyra n.6	Sonda	1	0,600	0,60
Sonda uretral n.12	Peça	1	0,409	0,41
Custo total com materiais				98,64

²² Custo médio do ano de 2003, líquido de impostos recuperáveis.

²³ As bolinhas de algodão são preparadas internamente pelo pessoal lotado na Farmácia Hospitalar. O Hospital não dispõe do custo unitário deste item.

Tabela 6 - Custo estimado dos medicamentos utilizados no pacote

Itens	Unidade de Consumo	Qtde	Custo unitário ²⁴	Custo total
Água bi-destilada (amp) – 10ml	Ampola	7	0,105	0,74
Alcool 70% - fr-1000 (ml)	MI	200	0,018	3,63
Benzina retificada liq. (ml)	MI	5	0,006	0,03
Dienpax 10mg comp.	Comprimido	1	0,171	0,17
Dimorf 1mg/ml - amp 2ml	Ampola	1	2,741	2,74
Dipirona inj. 1g (amp) – 2ml	Ampola	1	0,210	0,21
Efedrina 50mg/ml amp 1ml	Ampola	1	2,800	2,80
Éter sulfurico fr 1000ml	MI	10	0,008	0,08
Eucil (amp) – 2ml	Ampola	2	0,582	1,16
Fenergan 50mg (amp)	Ampola	2	1,061	2,12
Finigas comprimido	Comprimido	5	0,361	1,81
Fisohex II Fr-200ml	MI	10	0,080	0,80
Kamakion 2mg mm pediátrico in	Ampola	1	1,391	1,39
Kefazol 1g (fr-amp)	fr-amp	1	2,304	2,30
Metamucil pó envelope	Envelope	2	0,769	1,54
Neocaína pesada 0,5% amp – 4ml	Ampola	1	4,738	4,74
Sol. Glicofisiológica fr-500ml	Frasco	1	0,940	0,94
Sol. Ringer Simples fr-500ml	Frasco	4	0,830	3,32
Solução de glicose 5% (fr) - 1000ml	Frasco	2	1,340	2,68
Solução fisiológica 0,9% (fr) - 125 ml	Frasco	1	0,711	0,71
Syntocinon 5 ui/ml amp 1ml	Ampola	4	0,959	3,84
Teflan 20mg inj. (fr-amp)	fr-amp	3	2,296	6,89
Tylenol 750mg	Comprimido	5	0,345	1,73
Xylestesin 2% geléia ml – 30ml	MI	30	0,066	1,97
Custo total com medicamentos				48,31

Com relação ao custo da diária hospitalar, utilizou-se a planilha de custos preparada pela administração do hospital, demonstrada a seguir:

²⁴ Custo médio do ano 2003, líquido de impostos recuperáveis.

Tabela 7 - Planilha de custos das diárias hospitalares da Maternidade e Berçário

CUSTOS COM DIÁRIAS HOSPITALARES		
Período: Janeiro a Dezembro de 2003 – Em Reais		
Elementos de custos	UNIDADES DE INTERNAÇÃO	
	Posto 4	Berçário
Custos Diretos (1 + 2)	292.840	134.263
1. Custos com Pessoal	228.899	114.962
. Salários e encargos	228.899	114.962
2. Outros Custos	63.941	19.301
3. Custos Rateados	129.736	20.882
. Higienização e limpeza	20.302	8.151
. Lavanderia	24.614	3.745
. Manutenção	11.502	3.793
. Serviço de Nutrição e Dietética	59.187	2.178
. Central de Esterilização de Materiais	2.071	3.015
. Psicologia Hospitalar	12.060	
Custos Totais (1+2+3)	422.576	155.145
Rateio Despesas Administrativas	161.865	74.536
Custo Pleno no período	584.441	229.681
Quantidade de Leitos disponíveis	20	10
.. Ocupação teórica anual ²⁵	7.300	3.650
. Taxa de ocupação planejada (%)	80	80
.. Ocupação planejada no período	5.840	2.920
Custos das Diárias (R\$)		
.. Custo Estimado	100,08	78,66

Denomina-se Posto Quatro a ala do hospital onde está instalada a maternidade. Esta ala possui vinte leitos, porém não é totalmente destinada a parturientes, podendo ser internados outros tipos de pacientes, homens ou mulheres. O berçário, por sua vez, está equipado com dez leitos.

Quanto ao cálculo do custo das diárias, considerando-se que o Custeio Alvo é um processo de planejamento de custos que objetiva fundamentalmente atingir o lucro, deveriam ser utilizados os custos projetados para o ano de 2004. Para tanto, é fundamental neste processo,

²⁵ Número de leitos disponíveis multiplicados por 365 dias

a existência de um sistema de orçamentos que contemple, entre outros, os custos orçados para as diárias hospitalares. Vejamos o que Nakagawa (1993, p.68) tem a dizer sobre orçamentos:

O que os orçamentos refletem, na verdade, é a necessidade que a empresa tem de comunicar a seus gerentes os planos de ação, que, se forem executados de acordo com as políticas e diretrizes neles embutidos, deverão dar origem a resultados, que, em termos econômicos e financeiros, deverão corresponder às metas e aos objetivos programados e que possibilitarão à empresa atingir sua missão e propósitos básicos.

Contudo, para não divulgar informações consideradas estratégicas pela administração do hospital, e considerando-se também que os preços praticados pela maioria dos convênios são os mesmos desde 1997 (tabela FEHOSPAR/97²⁶) e que não existe, pelo menos a curto prazo, expectativa de reajuste destes preços, decidiu-se trabalhar com os custos históricos incorridos no ano de 2003.

Com relação à composição do custo das diárias, percebe-se, pelo uso de rateio de custos e despesas indiretas, que o hospital utiliza-se do Custeio Pleno.

Para Vartanian (2000, p. 8):

o Método do Custeio Pleno é também conhecido na literatura por Método de Custeio Integral ou Método de Custeio Total. O Método do Custeio Pleno é aquele em que todos os custos e despesas da entidade são levados aos objetos de custeio, normalmente produtos e/ou serviços.

A empresa justifica a utilização do Custeio Pleno em virtude de a maior parte dos recursos consumidos na prestação de serviços ter natureza fixa. Isso foi comprovado pela análise das Demonstrações Contábeis do ano de 2003, que revelou que o gasto com pessoal é o item mais relevante de custos, representando cerca de 60% dos custos e despesas totais. Além disso, vale a pena ressaltar que para os administradores do hospital não faz sentido diferenciar custos de

²⁶ Tabela de preços de serviços hospitalares elaborada pela Federação dos Hospitais do Estado do Paraná (FEHOSPAR) no ano de 1997.

despesas. Embora reconheçam a existência de uma diferenciação conceitual entre os termos custo e despesa²⁷, segundo eles, isto pode fazer algum sentido teoricamente, no entanto, na prática, ambos têm o mesmo efeito sobre o resultado.

Conforme foi delimitado no item 1.7, não faz parte do escopo deste trabalho entrar no mérito da discussão do critério, método ou forma de custeio adotada pela empresa, entretanto, é importante conhecer os critérios utilizados para o rateio dos custos fixos e despesas administrativas. Estes critérios estão demonstrados no quadro a seguir:

Quadro 2 - Critérios de rateio utilizados pela empresa

Itens	Critério utilizado
Higienização e limpeza	Área física ocupada
Lavanderia	Kg de roupa lavada
Manutenção	Área física ocupada
Serviço de Nutrição e Dietética	Número de refeições servidas x peso
Central de Esterilização de Materiais	Número de pacotes x peso
Psicologia Hospitalar	Número de casos atendidos
Despesas Administrativas	Proporcional aos gastos com pessoal

FONTE: Pesquisa documental junto ao setor de contabilidade do hospital

A pesquisa limitou-se a identificar e acatar o método de custeio e as bases de rateio utilizado pela empresa; todavia, vale ressaltar que, independentemente do mérito, a prática da empresa está em sintonia com a maioria das empresas em nível mundial.

De acordo com Vartanian (2000, p. 1):

pesquisas científicas de caráter empírico, realizadas no Reino Unido, Estados Unidos da América, Suécia, Japão, Austrália, Bélgica, entre outros países, evidenciou que a maioria das empresas desses países se utilizam de métodos de custeio tradicionais como o absorção e o pleno.

Sendo assim, acatam-se os valores de R\$100,08 e R\$78,66 como sendo os custos estimados

²⁷ De acordo com Martins Eliseu (2001, p. 25-26), custos representam os gastos relativos a bens ou serviços utilizados na produção de outros bens ou serviços, enquanto que despesas representam bens ou serviços consumidos direta ou indiretamente para a obtenção de receitas.

para o apartamento *Standard* e berçário respectivamente, considerando-se uma taxa de ocupação de 80% no período. Estes valores foram obtidos através da seguinte fórmula:

$$\text{Custo Estimado} = \frac{\text{Custo pleno no período}}{\text{Ocupação planejada no período}}$$

Para exemplificar, será demonstrado o cálculo do custo da diária hospitalar do apartamento *Standard*:

$$\text{Custo Estimado} = \frac{584.441}{5.840} = 100,08$$

É importante ressaltar que o Custo Estimado de R\$100,08 representa o custo médio da diária hospitalar do apartamento *Standard*.

Embora o estudo de caso não tenha identificado a existência de um planejamento estratégico ou operacional formal, ou até mesmo de orçamentos que contemplem custos e margens objetivadas, a entrevista com os gestores revelou que existem alguns direcionadores de objetivos que orientam as ações dos gestores. Por exemplo, a taxa de ocupação dos leitos disponíveis deve ser de, no mínimo, 80%. Por isso, neste estudo utilizou-se 80% como sendo o percentual de ocupação planejado pelo hospital.

Resumindo, o custo da diária hospitalar é de R\$100,08 para o apartamento *Standard* e R\$78,66 para o berçário. Como são dois dias de internação, no pacote, o custo é de R\$200,16 para o apartamento *Standard* e R\$157,32 para o berçário.

Com relação ao custo estimado do uso dos aparelhos e instalações hospitalares, que são

remunerados através da cobrança das taxas descritas no item 4.3, a administração não possui informações de custos de todas as taxas. Apenas o Centro Cirúrgico Obstétrico possui controle de custos em separado, que permite o cálculo do custo hora do uso das instalações da sala de cirurgia. Este cálculo é demonstrado a seguir:

Tabela 8 - Planilha de custos do Centro Cirúrgico Obstétrico

CUSTOS DO CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO	
Período: Janeiro a Dezembro de 2003 – Em Reais	
Elementos de custos	Valor
Custos Diretos (1 + 2)	76.612
1. Custos com Pessoal	56.815
. Salários e encargos	56.815
2. Outros Custos	19.797
3. Custos Rateados	50.146
. Higienização e limpeza	2.450
. Lavanderia	21.200
. Manutenção	1.369
. Central de Esterilização de Materiais	24.265
. Psicologia Hospitalar	862
Custos Totais (1+2+3)	126.758
Rateio Despesas Administrativas	43.080
Custo Pleno no período	169.838
.. Ocupação estimada anual em horas ²⁸	3.060
.. Custo Estimado por hora disponível	55,50

Para cálculo do custo por hora utilizada no Centro Cirúrgico Obstétrico, a exemplo do que é feito no custeamento das diárias, o hospital faz uso do Custeio Pleno e os números apresentados referem-se ao ano de 2003. Sobre o uso do Custeio Pleno e a não apresentação de números projetados para 2004, bem como sobre os critérios de rateio utilizados, deve-se observar o mesmo comentário feito por ocasião do cálculo do custo estimado da diária hospitalar.

²⁸ Número de horas que o hospital pretende utilizar o Centro Obstétrico no ano de 2003. Para efeito de cálculo foram consideradas 12 horas de uso por dia durante 255 dias. Os sábados, domingos e feriados representam 110 dias e não entram no cálculo.

O custo estimado de uma hora de uso do Centro Cirúrgico Obstétrico é de R\$55,50. Para chegar a este número basta dividir o custo pleno realizado no período (R\$169.838) pelo número de horas que o hospital planeja utilizar no ano (3.060 horas). Para realização da cesariana utiliza-se em média 2 horas; totalizando, então, no pacote, R\$111,00 (R\$55,50 x 2 horas).

Os custos estimados dos componentes do pacote estão consolidados na tabela a seguir:

Tabela 9 - Custo Estimado do pacote cesariana - Em Reais

Componente	Valor	%
Materiais hospitalares (Tabela 5)	98,64	16,03%
Medicamentos hospitalares (Tabela 6)	48,31	7,85%
Diárias apartamento Standard (R\$100,08 x 2 dias cfe. Tabela 7)	200,16	32,52%
Diárias berçário (R\$78,66 x 2 dias conforme Tabela 7)	157,32	25,56%
Taxa de uso de sala centro cirúrgico (R\$55,50 x 2 horas cfe. Tabela 8)	111,00	18,04%
Total	615,43	100,00%

4.6.6 Comparação do Custo Meta com o Custo Estimado do Pacote Cesariana

Conhecido o custo estimado do pacote, o passo seguinte foi compará-lo com o custo meta, para obtenção do custo alvo:

Tabela 10 - Comparação do Custo Estimado com o Custo Meta do pacote

Descrição	Valor
Custo Estimado (Tabela 9)	615,43
Custo Meta ou máximo admissível (Tabela 4)	576,41
Custo Alvo em Reais	39,02
Custo Alvo em % do estimado	6,34 %

4.6.7 Aplicação da Engenharia do Valor (EV) para eliminar o Custo Alvo

Conforme é demonstrado na Figura 4, quando a diferença (*gap*) entre o Custo Meta e o Custo Estimado é menor que zero ($576,41 - 615,43 = -39,02$), deve-se decompor o produto ou

serviço em necessidades funcionais e, para tanto, utilizou-se de técnicas de Engenharia do Valor. O uso da Engenharia do Valor permitiu a alteração do projeto do serviço visando eliminar o Custo Alvo de R\$39,02 que representa 6,34% do custo estimado.

Nesta etapa foi necessário recorrer à pesquisa realizada com o grupo de 50 mulheres, cujo objetivo foi avaliar o grau de importância atribuído a cada atributo do serviço oferecido, no caso, o parto cesariana. As mulheres avaliaram cada atributo, pontuando de 1 a 4 conforme escala de importância (4 – muito importante; 3 – importante; 2 – pouco importante; 1 – dispensável). Primeiramente, as respostas foram tabuladas em termos absolutos, ou seja, a quantidade de respondentes em cada opção de resposta. Em seguida, esta informação foi transformada em termos percentuais, ou seja, a percentagem de respondentes em cada opção de resposta. Por último, calculou-se a média ponderada, considerando o percentual de respondentes em cada opção, e o respectivo grau de importância.

Os atributos, com seus respectivos graus de importância, foram extraídos do Apêndice B, e estão listados na tabela a seguir:

Tabela 11 - Grau de importância dos atributos da cesariana

Itens	4	3	2	1	Grau de importância para as mulheres ²⁹
Relacionados à cirurgia					
• Não sentir dor durante nem após a cirurgia	3,4400	0,4200	0,0000	0,0000	3,8600
• Não sentir náuseas após a cirurgia	2,9600	0,6600	0,0800	0,0000	3,7000
• Retorno progressivo à saúde da parturiente – contração do útero, cicatrização normal, não contrair infecção, etc.	3,9200	0,0600	0,0000	0,0000	3,9800
• Permitir ao pai do bebê ou outro acompanhante assistir ao parto	0,8000	0,7800	0,8800	0,1000	2,5600
• Permitir filmagem do parto	0,0800	0,4200	0,8400	0,4200	1,7600
• Exame do pezinho realizado no próprio hospital	3,6000	0,1800	0,0000	0,0400	3,8200
• Imediata identificação da mãe e bebê	3,8400	0,1200	0,0000	0,0000	3,9600
• Retorno progressivo à saúde do bebê – cicatrização do umbigo, etc.	3,6800	0,2400	0,0000	0,0000	3,9200
Relacionados à internação					
• Internação em ala exclusiva (sem presença de outros tipos de doentes, homens ou mulheres)	3,0400	0,7200	0,0000	0,0000	3,7600
• Permissão para filhos menores visitarem a mãe	1,5200	1,2600	0,3200	0,0400	3,1400
• O bebê ficar no mesmo quarto que a mãe	2,4800	0,9000	0,1200	0,0200	3,5200
• Instalações asseadas	3,6800	0,2400	0,0000	0,0000	3,9200
• Roupas de cama e banho limpas	3,4400	0,4200	0,0000	0,0000	3,8600
• Serviço de psicologia hospitalar para a parturiente	1,5200	1,5600	0,1600	0,0200	3,2600
• Alimentação	1,8400	1,4400	0,1200	0,0000	3,4000
• Enfermagem eficiente e cordial	3,3600	0,4800	0,0000	0,0000	3,8400
• Recepção e <i>check-out</i> rápido e cordial	2,3200	1,0800	0,0800	0,0200	3,5000
• Serviço de manicuro e pedicuro	0,0800	0,0000	0,4800	0,7400	1,3000
• Serviço de cabeleireiro	0,0800	0,0000	0,4400	0,7600	1,2800
• Entretenimento	0,1600	0,5400	0,9600	0,3000	1,9600
• Ambiente climatizado	0,9600	1,3800	0,5200	0,0400	2,9000
• Serviço telefônico	1,2800	1,5600	0,2800	0,0200	3,1400
• Frigobar	0,5600	0,9000	0,7200	0,2000	2,3800
• Estacionamento	1,1200	1,4400	0,4000	0,0400	3,0000

O próximo passo foi identificar os recursos necessários para atender cada um dos atributos do serviço. Esta tarefa é facilitada quando um atributo é atendido por um único recurso. Porém, para muitos atributos, são necessários mais do que um tipo de recurso e, neste caso, depois de identificar todos os recursos necessários, deve-se determinar o percentual de contribuição de

²⁹ Média ponderada obtida pelo percentual de preferência em cada opção multiplicado pelo pela respectiva escala de importância.

cada um destes recursos no atendimento do atributo. A determinação destes percentuais foi extremamente difícil para este estudo de caso e, em muitas situações, utilizou-se uma aproximação baseada na experiência das pessoas que realizavam aquelas atividades. Por exemplo, no caso do atributo *instalações asseadas*, no qual são consumidos os recursos *pessoal e material de limpeza*, não havia na literatura disponível ou na empresa, alguém que fosse capaz de determinar, com precisão, o percentual de contribuição de cada um destes recursos para manter limpas as instalações. Portanto, salienta-se que a determinação destes percentuais de forma arbitrária³⁰ pode comprometer os resultados e induzir a decisões gerenciais equivocadas.

Entretanto, apesar das dificuldades relatadas, foram extraídos da Tabela 11 todos os atributos que puderam ser relacionados com recursos e seus respectivos custos, em um total de 14 (quatorze) atributos. Estes atributos foram, primeiramente, agrupados em dois blocos: os relacionados à cirurgia e os relacionados à diária hospitalar. Em seguida, foi calculado o grau de Importância Relativa (IR) de cada recurso, conforme demonstrado a seguir:

³⁰ Segundo Houaiss & Villar (2004, p. 276): “que não segue regras ou normas; que não tem fundamento lógico; que depende apenas da vontade ou arbítrio daquele que age”.

Tabela 12 – Grau de Importância Relativa (IR) dos recursos necessários para atender aos atributos da cesariana

Itens/Atributos	Grau de importância dos atributos para as Mulheres	Grau de Importância Relativa dos atributos (em %)	Recursos utilizados	Percentual de contribuição em relação ao atributo	Grau de Importância Relativa dos Recursos (IR) em (%)
Relacionados à cirurgia					
• Não sentir dor durante nem após a cirurgia	3,8600		Materiais	30	12,03%
• Não sentir náuseas após a cirurgia	3,7000		Medicamentos	60	24,06%
• Retorno progressivo à saúde da parturiente – contração do útero, cicatrização normal, não contrair infecção, etc.	3,9800		Pessoal de enfermagem	5	2,00%
• Imediata identificação da mãe e bebê	3,9600		Materiais esterilizados	5	2,00%
• Retorno progressivo à saúde do bebê – cicatrização do umbigo, etc.	3,9200		Energia Elétrica Centro Cirúrgico	0	0,00%
			Depreciação Centro Cirúrgico	0	0,00%
Sub total	19,4200	40,09%			
Relacionados à internação					
• Instalações asseadas	3,9200	8,09%	Pessoal de limpeza	60	4,85%
			Materiais de limpeza	40	3,24%
• Roupas de cama e banho limpas	3,8600	7,97%	Produtos de lavanderia	50	3,98%
			Água da lavanderia	20	1,59%
			Energia elétrica	10	0,80%
			lavanderia	15	1,20%
			Pessoal de lavanderia	5	0,40%
			Outros custos lavanderia	0	0,00%
• Serviço de psicologia hospitalar para a parturiente	3,2600	6,73%	Pessoal psicologia	100	6,73%
• Alimentação	3,4000	7,02%	Gêneros alimentícios	80	5,62%
			Pessoal da cozinha	15	1,05%
			Outros custos da cozinha	5	0,35%
• Enfermagem eficiente e cordial	3,8400	7,93%	Pessoal de enfermagem	100	7,93%
• Recepção e <i>check-out</i> rápido e cordial	3,5000	7,23%	Pessoal de recepção	95	6,87%
			Outras despesas de recepção	5	0,36%
• Entretenimento	1,9600	4,05%	TV – Depreciação	100	4,05%
• Ambiente climatizado	2,9000	5,98%	Ar-Cond. - Depreciação	100	5,98%
• Frigobar	2,3800	4,91%	Frigobar – Depreciação	100	4,91%
Total	48,4400	100,00%			100,00%

Os atributos relacionados à cirurgia foram agrupados e tiveram seus graus de importância somados pelo fato de o atendimento desses atributos depender, basicamente, dos recursos ‘materiais’ e ‘medicamentos’. Além disso, o grau de importância de cada um deles é muito próximo um do outro.

Os termos ‘grau de importância relativa do atributo’ e ‘grau de importância relativa do

recurso (IR)' aparecem pela primeira vez no trabalho (Tabela 12) e, dada a importância de seus significados, merecem esclarecimento de forma destacada.

Grau de Importância Relativa do Atributo

O grau de importância relativa do atributo, ou grau de importância do atributo em percentual, foi obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Grau de importância \%} = \frac{\text{grau de importância do atributo para as mulheres}}{\text{Total dos graus de importância dos atributos para as mulheres}}$$

Para exemplificar, será demonstrado o cálculo do grau de importância percentual ou relativa do atributo 'instalações asseadas':

$$\text{Grau de importância do atributo 'instalações asseadas' \%} = \frac{3,92}{48,4400} \times 100 = 8,09\%$$

Como se pode deduzir da fórmula acima, o grau de importância relativa de um atributo representa, em termos proporcionais, sob a ótica dos consumidores, o quanto ele é importante dentro do conjunto de atributos de um produto ou serviço.

Grau de Importância Relativa do Recurso (IR)

O Grau de Importância Relativa do Recurso (IR) é resultante da multiplicação do grau de importância relativa do atributo pelo percentual de contribuição de cada recurso. Exemplificando, o IR do recurso 'medicamentos' foi obtido pela multiplicação de 40,09% (grau de importância em %) por 60% (contribuição do recurso utilizado), o que resultou em

24,06% de IR.

O Grau de Importância Relativa de um Recurso (IR) representa, em termos proporcionais, o quanto ele é importante dentro do conjunto de recursos, considerando-se o grau de importância de um atributo sob a ótica dos consumidores associado ao percentual de contribuição do recurso para prover aquele atributo.

Uma vez calculado o Grau de Importância Relativa do Recurso, deve-se calcular o Custo Relativo (CR) deste recurso e seu respectivo Índice de Valor (IV)³¹. Porém, antes disso, foi necessário levantar de forma mais detalhada os custos estimados dos recursos relevantes utilizados no pacote cesariana. Isto foi necessário porque as planilhas de custos estimados da Maternidade, Berçário e Centro Cirúrgico Obstétrico, demonstradas nas Tabelas 7 e 8, respectivamente, foram elaboradas com a finalidade de serem apresentadas para a diretoria do hospital, evidenciando, naturalmente, informações de forma mais sintetizada.

Dessa forma, de posse das planilhas de custos já mencionadas, recorreu-se aos balancetes e outros relatórios de custos mais analíticos do hospital, com a finalidade de decompor os valores constantes nas mesmas, conforme é demonstrado na tabela a seguir:

³¹ Os termos 'Custo Relativo' e 'Índice de Valor' serão definidos mais adiante.

Tabela 13 - Custo estimado dos recursos utilizados no pacote cesariana

Recursos utilizados	Custo estimado anual dos recursos	Custo estimado dos recursos no Pacote
Custos Variáveis		
. Materiais ³²		98,64
. Medicamentos ³³		48,31
Centro cirúrgico obstétrico³⁴	169.838,00	
Custos diretos fixos		
. Pessoal de enfermagem	56.815,00	37,13
. Outros Custos do C. Cirúrgico (diretos)	19.797,00	
.. Depreciação (prédio, móveis, equip. do Centro Cirúrgico) (*)	7.325,00	4,79
.. Material de manutenção (*)	5.147,00	3,36
.. Energia elétrica Centro Cirúrgico (*)	3.575,00	2,34
.. Material de limpeza	982,00	0,64
.. Outros custos diretos (*)	2.768,00	1,81
Custos/despesas indiretos fixos		
. Outros Custos do C. Cirúrgico (via rateio)	50.146,00	
.. Esterilização de materiais	24.265,00	15,86
.. Pessoal de limpeza	2.450,00	1,60
.. Pessoal de manutenção	1.369,00	0,89
.. Pessoal de psicologia	862,00	0,56
.. Pessoal da lavanderia	9.540,00	6,24
.. Material de lavanderia	5.088,00	3,32
.. Água da lavanderia	3.816,00	2,49
.. Energia elétrica da lavanderia	2.120,00	1,38
.. Outros custos da lavanderia	636,00	0,42
. Outras despesas do C. Cirúrgico (via rateio)	43.080,00	
.. Pessoal da administração (*)	32.310,00	21,12
.. Outras despesas administrativas (*)	10.770,00	7,04
Maternidade³⁵	584.441,00	
Custos diretos fixos		
. Pessoal de enfermagem	228.899,00	78,39
. Outros Custos da Maternidade (diretos)	63.941,00	
.. Depreciação (prédio, móveis, equip. maternidade) (*)	6.828,00	2,34
.. Energia elétrica (*)	5.754,00	1,97
.. Materiais de limpeza	8.951,00	3,06
.. Material de manutenção (*)	18.543,00	6,35
.. Material de expediente (*)	14.067,00	4,82
.. Água (*)	5.115,00	1,75
.. Depreciação televisor	65,00	0,02
.. Depreciação condicionador de ar	95,00	0,03
.. Depreciação frigobar	45,00	0,01
.. Outros custos da maternidade (*)	4.478,00	1,53
Custos indiretos fixos		
. Outros Custos da Maternidade (via rateio)	291.601,00	
.. Pessoal de limpeza	20.302,00	6,95
.. Produtos de lavanderia	5.908,00	2,02
.. Água lavanderia	4.430,00	1,52
.. Energia elétrica lavanderia	2.778,00	0,95

(Continua)

³² Valor transportado da Tabela 5.³³ Valor transportado da Tabela 6.³⁴ Valor transportado da Tabela 8.³⁵ Valor transportado da Tabela 7.

(Conclusão)		
.. Pessoal de lavanderia	11.076,00	3,79
.. Outros custos lavanderia	422,00	0,14
.. Pessoal Psicologia	12.060,00	4,13
.. Gêneros alimentícios	34.328,00	11,76
.. Pessoal Cozinha	22.492,00	7,70
.. Outros custos da cozinha	2.367,00	0,81
.. Esterilização de materiais	2.071,00	0,71
.. Pessoal de manutenção (*)	11.502,00	3,94
.. Pessoal de recepção	24.077,00	8,25
.. Outras despesas de recepção	2.636,00	0,90
.. Outras despesas administrativas gerais (*)	135.152,00	46,28
Berçário³⁶	229.681,00	
Custos diretos fixos		
.. Pessoal de enfermagem	114.962,00	78,74
.. Outros Custos do Berçário (diretos)	19.301,00	
.. Depreciação (prédio, móveis, equip. berçário) (*)	2.028,00	1,39
.. Energia elétrica (*)	1.737,00	1,19
.. Materiais de limpeza	2.702,00	1,85
.. Material de manutenção (*)	5.597,00	3,83
.. Material de expediente (*)	4.246,00	2,91
.. Água (*)	1.544,00	1,06
.. Depreciação condicionador de ar	95,00	0,06
.. Outros custos do Berçário (*)	1.352,00	0,93
Custos indiretos fixos		
.. Outros Custos do Berçário (via rateio)	95.418,00	
.. Pessoal de limpeza	8.151,00	5,58
.. Produtos de lavanderia	899,00	0,62
.. Água lavanderia	674,00	0,46
.. Energia elétrica lavanderia	413,00	0,28
.. Pessoal de lavanderia	1.685,00	1,15
.. Outros custos lavanderia	74,00	0,05
.. Gêneros alimentícios	1.263,00	0,86
.. Pessoal Cozinha	763,00	0,52
.. Outros custos cozinha	152,00	0,10
.. Esterilização de materiais	3.015,00	2,06
.. Pessoal de manutenção (*)	3.793,00	2,59
.. Pessoal de recepção	11.180,00	7,66
.. Outras despesas de recepção	1.546,00	1,05
.. Outras despesas administrativas gerais (*)	61.810,00	42,33
Custo estimado total do pacote cesariana³⁷		615,43

Os itens marcados com asterisco representam recursos que, de acordo com o método de custeio adotado pelo hospital (Custeio Pleno), são consumidos no fornecimento do serviço, porém não puderam ser relacionados com nenhum atributo em particular. Vale ressaltar que o fato de, aparentemente, não haver relação entre tais recursos e os atributos do serviço, não significa que não exista, de fato, relação entre eles; contudo, caso haja alguma contribuição

³⁶ Valor transportado da Tabela 7.

³⁷ Valor já demonstrado de forma sintetizada na Tabela 9.

destes recursos no atendimento de quaisquer dos atributos, acredita-se que esta seja próxima a zero.

Além disso, é importante salientar que podem existir outros atributos do serviço além daqueles demonstrados na Tabela 11, que não foram pesquisados junto às mulheres. Se isto for verdade, pode ser que estes outros atributos absorvam alguns desses recursos supra mencionados.

Dando seqüência, o custo estimado dos recursos no pacote foi calculado da seguinte forma: para os recursos consumidos no Centro Cirúrgico Obstétrico, os valores de custos estimados anuais foram divididos pela ocupação estimada anual em horas³⁸ e, em seguida, multiplicados por 2 horas (número de horas previsto no pacote). Para os recursos consumidos na Maternidade, os valores de custos estimados anuais foram divididos pela ocupação planejada no período³⁹ e, na seqüência, multiplicados por 2 dias (número de dias de internação previsto no pacote). Quanto aos recursos consumidos no Berçário, seguiu-se o mesmo critério da Maternidade, observando a ocupação planejada, que é diferente⁴⁰.

Para exemplificar, será demonstrado o cálculo do custo estimado no pacote do recurso 'Pessoal de Enfermagem', consumido no Centro Cirúrgico Obstétrico:

$$\text{Custo estimado do recurso no pacote} = \frac{56.815,00}{3.060} \times 2 \text{ horas} = 37,13$$

Uma vez identificados os recursos e respectivos custos consumidos no pacote, é possível calcular o Custo Relativo (CR) de cada recurso e seu respectivo Índice de Valor (IV). Para

³⁸ 3.060 horas, conforme Tabela 8.

³⁹ 5.840 diárias, conforme Tabela 7.

⁴⁰ 2.920 diárias, conforme Tabela 7.

tanto, os recursos demonstrados na Tabela 13 foram agrupados de acordo com sua natureza, independentemente do local onde foram consumidos. Para exemplificar, o recurso ‘Pessoal de Enfermagem’, que foi consumido no Centro Cirúrgico Obstétrico, na Maternidade e no Berçário, teve seus custos (37,13 + 78,39 + 78,74) somados, perfazendo um total de R\$194,26.

É oportuno, neste momento, destacar e esclarecer o significado dos termos ‘Custo Relativo’ e ‘Índice de Valor’.

Custo Relativo (CR)

O Custo Relativo (CR) de um recurso mostra, em termos proporcionais, o quanto ele representa em relação ao custo total dos recursos.

Índice de Valor (IV)

O Índice de Valor (IV) de cada recurso é obtido pela divisão do IR pelo CR.

O Índice de Valor representa a relação entre a importância relativa de um recurso e seu custo relativo. Índices de Valor (IV) acima de 1 significam que o Custo Relativo do recurso é menor que o seu grau de importância relativa. Por outro lado, Índices de Valor abaixo de 1 significam que o Custo Relativo do recurso é maior que o seu grau de importância relativa. O ideal é que o IV fique próximo a 1, alcançando, assim, uma situação de equilíbrio entre os atributos/funções do produto e seu respectivo custo.

Ansari *et al.* (1997b, p. 155) denominam zona de valor ótimo à faixa em que desvios para

mais ou para menos são aceitos (margem de tolerância). Para estes autores, a zona de valor ótimo é estabelecida com base na experiência e opinião dos membros da equipe do Custeio Alvo. A equipe definiu previamente que para os Índices de Valor que se encontrassem na faixa que vai de 0,90 a 1,10 nenhuma ação seria necessária. Porém, feitos os cálculos, verificou-se que nenhum IV se encontrava nesta faixa; portanto, em princípio, todos deveriam ser objeto de análise.

Os cálculos do CR e do IV dos recursos necessários no pacote cesariana estão demonstrados na tabela a seguir:

Tabela 14 - Custo Relativo (CR) e Índice de Valor (IV) dos recursos

Recursos utilizados	Custo em R\$	CR	IR	IV
Materiais	98,64	16,03%	12,03%	0,75
Medicamentos	48,31	7,85%	24,06%	3,07
Esterilização de materiais	18,63	3,03%	2,00%	0,66
Pessoal de enfermagem	194,26	31,56%	9,93%	0,31
Pessoal de limpeza	14,14	2,30%	4,85%	2,11
Pessoal de manutenção (*)	7,42	1,21%	0,00%	0,00
Pessoal de psicologia	4,69	0,76%	6,73%	8,83
Pessoal de lavanderia	11,19	1,82%	1,20%	0,66
Pessoal de Cozinha	8,23	1,34%	1,05%	0,79
Pessoal de recepção	15,91	2,59%	6,87%	2,66
Material de manutenção (*)	13,54	2,20%	0,00%	0,00
Material de limpeza	5,55	0,90%	3,24%	3,59
Produtos para lavanderia	5,97	0,97%	3,98%	4,10
Água lavanderia	4,48	0,73%	1,59%	2,18
Gêneros alimentícios	12,63	2,05%	5,62%	2,74
Energia elétrica do Centro Cirúrgico (*)	2,34	0,38%	0,00%	0,00
Energia elétrica da lavanderia	2,63	0,43%	0,80%	1,87
Energia elétrica (*)	3,16	0,51%	0,00%	0,00
Material de expediente (*)	7,73	1,26%	0,00%	0,00
Água (*)	2,81	0,46%	0,00%	0,00
Depreciação (prédio, móveis, equip. C. Cirúrgico) (*)	4,79	0,78%	0,00%	0,00
Depreciação (prédio, móveis, equip. maternidade) (*)	2,34	0,38%	0,00%	0,00
Depreciação (prédio, móveis, equip. berçário) (*)	1,39	0,23%	0,00%	0,00
Depreciação do televisor	0,02	0,00%	4,05%	1.246,25
Depreciação do condicionador de ar	0,09	0,01%	5,98%	408,92
Depreciação do frigobar	0,01	0,00%	4,91%	3.021,76
Outros custos diretos C. Cirúrgico (*)	1,81	0,29%	0,00%	0,00
Outros custos da lavanderia	0,62	0,10%	0,40%	3,97
Outros custos da maternidade (*)	1,53	0,25%	0,00%	0,00
Outros custos do Berçário (*)	0,93	0,15%	0,00%	0,00
Outros custos da cozinha	0,92	0,15%	0,35%	2,34
Outras despesas de recepção	1,95	0,32%	0,36%	1,14
Outras despesas administrativas gerais (*)	116,77	18,97%	0,00%	0,00
Total	615,43			

4.6.8 Modificação no projeto do Pacote

A equipe do Custeio Alvo, formada pelo pessoal do hospital (Diretoria Administrativa, Diretoria Clínica, Farmácia, Serviço de Nutrição e Dietética, Manutenção, Lavanderia, Enfermagem, Compras, Finanças, *Marketing*, Controladoria e Contabilidade), de posse dessas informações, reuniu-se com o objetivo de encontrar alternativas para eliminar o *gap* de R\$39,02 e alcançar o custo meta de R\$576,41.

A administração do hospital não se sentiu confortável em envolver membros da cadeia de valor, tais como fornecedores e planos de saúde, no alcance do custo meta. Decidiu-se, em princípio, tentar eliminar o *gap* apenas dentro do âmbito do próprio hospital; em caso de não se obter êxito, seriam, então, envidados esforços envolvendo clientes e fornecedores.

Assim, primeiramente, a equipe se concentrou nos custos dos recursos que apresentavam Índices de Valor (IV) menores do que 1. Para facilitar a análise, elaborou-se uma tabela contendo somente os recursos cujo IV é menor do que 1:

Tabela 15 - Índices de Valor (IV) < do que 1

Recursos utilizados	IV
Materiais	0,75
Esterilização de materiais	0,66
Pessoal de enfermagem	0,31
Pessoal de manutenção (*)	0,00
Pessoal de lavanderia	0,66
Pessoal de Cozinha	0,79
Material de manutenção (*)	0,00
Energia elétrica do Centro Cirúrgico (*)	0,00
Energia elétrica (*)	0,00
Material de expediente (*)	0,00
Água (*)	0,00
Depreciação (prédio, móveis, equipamentos Centro Cirúrgico (*)	0,00
Depreciação (prédio, móveis, equipamentos da maternidade) (*)	0,00
Depreciação (prédio, móveis, equipamentos do berçário) (*)	0,00
Outros custos diretos Centro Cirúrgico (*)	0,00
Outros custos da maternidade (*)	0,00
Outros custos do Berçário (*)	0,00
Outras despesas administrativas gerais (*)	0,00

Os Índices de Valor menores que 1 devem ser aumentados, uma vez que os mesmos possuem custos relativos maiores que a importância relativa atribuída pelos consumidores. De acordo com a Tabela 15, vários recursos possuem Índice de Valor menor do que 1. Entretanto, visando obter resultados mais significativos, a equipe decidiu concentrar esforços nos itens de custos mais relevantes. Por isso, foram selecionados e analisados os seguintes recursos:

‘materiais’, ‘pessoal de enfermagem’ e ‘outras despesas administrativas gerais’. A soma dos custos destes recursos (R\$409,67)⁴¹ representa 66,5% do custo estimado total (R\$615,43). Isto não quer dizer que houve um retorno à gestão tradicional de custos, na qual os itens de custos mais relevantes são os candidatos a reduções, simplesmente. Neste caso, antes de eleger os itens de custos mais relevantes, observou-se primeiramente o IV do recurso que, na verdade, representa a voz do consumidor. Prova disso é que o recurso ‘medicamentos’, que representa 16,03% do custo total do pacote, ficou fora desta análise, ou seja, apesar de representar proporcionalmente uma parcela significativa em relação do custo total, não foi considerado objeto de redução de custo.

Quanto aos materiais utilizados na cesariana, a equipe analisou cuidadosamente cada item. A princípio, parecia haver uma certa resistência, por parte dos médicos, em procurar por materiais similares que pudessem substituir os atuais sem prejudicar a qualidade do serviço. Logo de início, ficou claro que na área da saúde a confiança no fornecedor e na marca é um fator que determina a decisão do material a ser utilizado. No hospital onde se realizou o estudo não se escolhe o fornecedor ou o material a ser utilizado unicamente baseado no preço.

Apesar disso, a equipe procurou esgotar todas as alternativas de redução de custos no item ‘materiais’. Para tanto, primeiramente, o setor de Compras apresentou preços de fornecedores concorrentes para todos os itens. Foram encontrados preços menores para itens como lâmina de bisturi e luvas cirúrgicas, mas a qualidade dos produtos era muito inferior. Com exceção dos fios para sutura, todos os demais itens estavam com preços mais baixos ou igual aos fornecedores concorrentes.

Assim, a análise concentrou-se nos fios para sutura. A equipe tinha esperanças de conseguir

⁴¹ Vide Tabela 14.

uma significativa redução de custo neste item, uma vez que o custo total com fios (R\$59,58) representava 60,4% do custo total de materiais (R\$98,64). Verificou-se que, neste item, o hospital possui um fornecedor exclusivo, líder no mercado, que comercializa todos os tipos de fios. Este fornecedor sempre garantiu preços menores que o concorrente, desde que o hospital comprasse toda sua linha de produtos. Além disso, este fornecedor era o único que fabricava fios absorvíveis⁴² de origem sintética. Porém, recentemente, surgiu um outro fornecedor que fabrica produtos similares, inclusive os absorvíveis sintéticos, a preços mais baixos. Contudo, o fator confiança na marca, conforme foi dito anteriormente, pesou a favor de manter o fornecedor atual.

Uma vez descartada a possibilidade de mudar de fornecedor, aventou-se a possibilidade de usar fios absorvíveis de origem animal em lugar do sintético. Ao todo, utilizam-se 4 (quatro) envelopes do fio absorvível sintético ao custo unitário de R\$6,99 cada, perfazendo um total de R\$27,96. O custo unitário do absorvível de origem animal é de R\$4,25 cada, representando R\$17,00 no total, portanto, uma economia significativa. No entanto, isto representava uma mudança no projeto do serviço, e não era tão simples como mudar de fornecedor. Era necessário o parecer de um médico obstetra.

O parecer médico frustrou as expectativas da equipe. O fio absorvível de origem sintética possui muitas vantagens em relação ao de origem animal. Com os absorvíveis sintéticos, as reações inflamatórias são menores ou praticamente inexistentes. Qualquer que seja o lote de fabricação, o fio de origem sintética terá, sempre, o mesmo poder de tensão, o que não é garantido pelos fios de origem animal. Segundo os médicos, os resultados são mais garantidos quando se usa o fio de origem sintética.

⁴² Tipo de fio utilizado em suturas internas. Com o tempo este fio é totalmente absorvido pelo organismo da pessoa.

O parecer médico alegava que o fio de origem sintética representa um avanço da ciência, pois, no passado, era comum utilizar fio não absorvível para suturas internas e não o absorvível de origem animal. O não absorvível é mais barato que o absorvível sintético, no entanto, tem o inconveniente de permanecer para sempre no corpo do paciente. Sua utilização, na forma proposta, além de ser um retrocesso na prática médica atual, poderia afetar a qualidade do serviço, afetando também seus atributos. Assim, apesar de não ter conseguido reduções de custos nos materiais, a equipe deu-se por satisfeita, pois foi possível concluir que os setores de Farmácia e de Compras têm feito negócios sempre buscando o menor preço, dentro dos parâmetros de qualidade estabelecidos pelo hospital.

Com relação ao recurso ‘pessoal de enfermagem’, cujo Índice de Valor é de 0,31, é possível obter alguma redução de custos, com a modificação do projeto. A Tabela 17, cujo teor será comentado mais adiante, demonstra os atributos da cesariana que não fazem parte do pacote e os recursos que não puderam ser mensurados ou eram irrelevantes. Dentre esses atributos, encontra-se ‘o bebê ficar no mesmo quarto que a mãe’, cujo grau de importância é 3,5200. Atualmente, os bebês ficam no berçário, separados das mães. A equipe do Custeio Alvo não identificou nenhum custo adicional para atender a esse atributo. Pelo contrário, com os bebês passando o tempo todo ao lado das mães, é possível reduzir o tempo ou a quantidade de enfermeiras lotadas no berçário. A proporção pessoal de enfermagem por leito é uma informação que o hospital não pretende revelar; contudo esta modificação no projeto do serviço permitiria a redução de, pelo menos, 2 (duas) pessoas do quadro de enfermagem do berçário, sem prejudicar a qualidade do atendimento. Estas pessoas seriam remanejadas para outra ala do hospital cujo número de leitos está sendo ampliado. A equipe estimou que esta modificação no projeto resultaria em uma economia anual em torno de R\$32.846,00 no berçário. A ocupação planejada do berçário para o ano é de 2.920 diárias. Se dividirmos os R\$32.846,00 pelas 2.920 diárias, obtemos R\$11,25 de economia para cada diária. Como o

pacote prevê dois dias de internação, deve-se multiplicar os R\$11,25 por 2 (dois) dias para chegar à economia de R\$22,50 no pacote.

A equipe concluiu também que, pelo menos a princípio, não será possível desativar totalmente o berçário, ou seja, sua estrutura física ainda deverá continuar existindo, pois alguns equipamentos não poderiam ficar no quarto com a mãe. Na verdade, esta modificação de projeto abriu espaço para a instalação de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, em um futuro próximo. Outra constatação da equipe foi que, mesmo com a alteração, para efeito do cálculo do custo das diárias, o berçário continuará a receber rateio de custos fixos (manutenção, limpeza etc.) nos mesmos percentuais, como era feito anteriormente.

Quanto às ‘outras despesas administrativas gerais’ que, de acordo com a Tabela 14, representam 18,97% do custo total do pacote, e cujo IV é aproximadamente zero, a equipe verificou que somente seria possível obter redução no custo deste recurso com alguma modificação no projeto do serviço. Trata-se de um custo fixo estrutural⁴³. Ansari *et al.* (1997b, p. 224-228) afirmam que, para muitas empresas, os custos fixos estruturais podem ser relevantes e não devem ser desprezados. Os autores alertam que negligenciar estes custos pode comprometer severamente os lucros da organização. Resumindo, estes autores acreditam que os custos fixos estruturais, se relevantes, devem ser computados aos produtos e aqueles custos que não forem alcançados por técnicas de Engenharia do Valor poderão ser afetados pela modificação do projeto. Foi justamente isto que ocorreu no hospital em estudo.

A possibilidade de trabalhar sob o sistema de pacotes, conforme explicado no item 4.6.1, tem reflexos imediatos nos setores de faturamento e emissão de guias do hospital. Haveria uma

⁴³ Existe uma estrutura montada (área física, pessoas, equipamentos, etc). De acordo com o método de custeio adotado pela empresa (Pleno), cada novo produto que é projetado deve herdar uma parte desses custos estruturais.

drástica simplificação de tarefas. Com isso, seria possível reduzir 50% do quadro funcional nestas áreas. A equipe realizou cálculos e estimou uma economia anual de R\$77.032,00 nestes setores. Desse montante, considerando-se os critérios de rateio utilizados pela entidade, o custo anual da Maternidade seria reduzido em R\$29.810,00 (R\$10,20⁴⁴ no pacote), enquanto que o custo anual do Berçário seria reduzido em R\$14.092,00 (R\$9,66⁴⁵ no pacote).

Os demais itens, cujo IV era menor que 1, não foram abordados. Teoricamente, cada item deveria ser analisado com o objetivo de reduzir custo. No entanto, por se tratar de itens com baixo custo (valor absoluto), as reduções de custos conseguidas não seriam relevantes, ou seja, apesar de ser teoricamente possível, as economias alcançadas poderiam ser inferiores ao custo de obtê-las.

Com relação aos recursos cujo IV era maior que 1, a equipe decidiu não tomar nenhuma providência. Estes recursos estão relacionados na Tabela a seguir:

⁴⁴ R\$29.810,00 dividido por 5.840 diárias = R\$5,10 por diária x 2 diárias = R\$10,20 no pacote

⁴⁵ R\$14.092,00 dividido por 2.920 diárias = R\$4,83 por diária x 2 diárias = R\$9,66 no pacote

Tabela 16 - Índices de Valor (IV) > do que 1

Recursos utilizados	IV
Medicamentos	3,07
Pessoal de limpeza	2,11
Pessoal de psicologia	8,83
Pessoal de recepção	2,66
Material de limpeza	3,59
Produtos para lavanderia	4,10
Água lavanderia	2,18
Gêneros alimentícios	2,74
Energia elétrica da lavanderia	1,87
Depreciação do televisor	1.246,25
Depreciação do condicionador de ar	408,92
Depreciação do frigobar	3.021,76
Outros custos da lavanderia	3,97
Outros custos da cozinha	2,34
Outras despesas de recepção	1,14

Nestes casos, o custo relativo do recurso é menor que a importância relativa do mesmo. Em outras palavras, esses recursos são aqueles com os quais se gasta relativamente pouco mas trazem grandes benefícios para o consumidor. Dessa forma, caso não comprometesse a margem de lucro estabelecida pela empresa, seria possível até mesmo aumentar os valores gastos nestes recursos, desde que este aumento representasse um acréscimo no valor atribuído pelo consumidor relativamente maior que o incremento no custo. Neste sentido, pode-se, por exemplo, gastar mais com medicamentos, serviço de psicologia, frigobar, etc. A idéia é buscar, sempre que possível, um equilíbrio entre os atributos/funções de um produto e seu custo, mesmo que isto possa representar aumento nos custos.

Durante a realização do processo, a equipe se deparou com alguns atributos da cesariana que não fazem parte do pacote oferecido pelo hospital, além de outros cujos recursos para atendê-los não puderam ser mensurados ou eram irrelevantes. Estes atributos estão demonstrados a seguir:

Tabela 17 - Atributos da cesariana que não fazem parte do pacote ou cujos recursos são irrelevantes ou não mensuráveis

Itens/Atributos	Grau de importância para as Mulheres	Recursos utilizados
Relacionados à cirurgia		
• Permitir ao pai do bebê ou outro acompanhante assistir ao parto	2,5600	Irrelevante
• Permitir filmagem do parto	1,7600	Irrelevante
• Exame do pezinho realizado no próprio hospital	3,8200	Item não incluso no pacote
Relacionados à internação		
• Internação em ala exclusiva (sem presença de outros tipos de doentes, homens ou mulheres)	3,7600	Item não incluso no pacote
• Permissão para filhos menores visitarem a mãe	3,1400	Irrelevante
• O bebê ficar no mesmo quarto que a mãe	3,5200	Irrelevante
• Serviço de manicuro e pedicuro	1,3000	Item não incluso no pacote
• Serviço de cabeleireiro	1,2800	Item não incluso no pacote
• Serviço telefônico	3,1400	irrelevante
• Estacionamento	3,0000	Irrelevante

Os atributos ‘exame do pezinho realizado no próprio hospital’ e ‘internação em ala exclusiva (sem a presença de outros tipos de doentes, homens ou mulheres)’ não estão inclusos no pacote, no entanto, tiveram um grau de importância considerado alto, 3,82 e 3,76 respectivamente. Neste caso, a equipe poderia⁴⁶ consultar os planos de saúde sobre a possibilidade de aumentar o preço do pacote, que é de R\$800,00, para poder incluir estes atributos. Se a resposta fosse positiva, deveriam ser estimados os custos desses novos atributos e, a partir do novo preço de venda, repetir todo o processo, estabelecendo nova margem e novo custo alvo. Caso a resposta fosse negativa, estes atributos deveriam ser inclusos no pacote somente se isto não compromettesse a margem de lucro estabelecida pela empresa, ou se isto fosse, de alguma forma, estrategicamente interessante.

Os atributos ‘serviço de manicuro e pedicuro’ e ‘serviço de cabeleireiro’ também não fazem parte do pacote, mas como tiveram um grau de importância baixo, 1,30 e 1,28 respectivamente, a equipe decidiu não incluí-los no pacote devido a pouca importância atribuída pelas mulheres para estes itens.

⁴⁶ Não o fez pois o preço de R\$800,00 é hipotético, conforme foi explicado.

Os atributos ‘permitir ao pai do bebê ou outro acompanhante assistir ao parto’, ‘permitir filmagem do parto’, ‘permissão para filhos menores visitarem a mãe’, e ‘o bebê ficar no mesmo quarto que a mãe’ não fazem parte do pacote atual, no entanto, parece não haver qualquer acréscimo de custo com a inclusão destes itens no pacote. Pelo contrário, constatou-se que permitir que o bebê fique na companhia da mãe pode reduzir custos de enfermagem, conforme foi demonstrado anteriormente. Quanto aos demais itens, pode até ser possível que, com o oferecimento destes atributos, ter-se-ia um acréscimo no valor atribuído pelas mulheres para o produto.

O atributo ‘serviço telefônico’ é oferecido no pacote, no entanto, não foi possível mensurar quanto custa atendê-lo. Todos os apartamentos possuem ramal telefônico e as ligações interurbanas são cobradas do paciente no fechamento da conta. Este é, portanto, um custo variável e de fácil alocação, que ocorrerá somente se a paciente realizar ligações interurbanas. Porém, o hospital não possui controle da depreciação das instalações telefônicas, bem como do custo das ligações locais; contudo a equipe julgou serem irrelevantes.

Quanto ao ‘estacionamento’, o hospital possui uma área para este fim, mas nenhum recurso (porteiro, vigia, etc.) é gasto para prover este atributo. Apesar de o hospital não alocar nenhum custo relacionado à manutenção do estacionamento, poder-se-ia computar, pelo menos, o custo de oportunidade. Entretanto, também neste caso, a equipe julgou ser irrelevante.

Antes de calcular o novo Custo Estimado, a equipe elaborou uma lista contendo as decisões tomadas, bem como as reduções de custos obtidas:

Tabela 18 - Decisões tomadas e reduções de custos obtidas

Decisões tomadas	Recursos afetados	Economia alcançada (R\$)
Colocar o bebê no mesmo quarto com a mãe	Pessoal de enfermagem	22,50
Alterar o projeto do serviço (cesariana) para o sistema de pacotes	Outras despesas administrativas gerais	19,86
Total		42,36

4.6.9 Recálculo do Custo Estimado

Considerando as alterações ocorridas, elaborou-se nova estimativa dos custos para verificar se o custo meta havia sido atingido, conforme demonstrado a seguir:

Tabela 19 - Novo Custo Estimado do pacote cesariana - Em Reais

Componente	Valor
Materiais hospitalares	98,64
Medicamentos hospitalares	48,31
Diárias apartamento <i>Standard</i>	189,96
Diárias berçário	125,16
Taxa de uso de sala centro cirúrgico	111,00
Total	573,07

As alterações efetuadas tiveram reflexo direto no custo das diárias hospitalares do apartamento *Standard* e do berçário. Com isso, no apartamento *Standard*, os dois dias de internação passou de R\$200,16 para R\$189,96. No berçário, o custo passou de R\$157,32 para R\$125,16 para os dois dias de internação. Os demais componentes, medicamentos, materiais e taxa de uso de sala do centro cirúrgico não sofreram alterações.

Com estas alterações, o novo custo estimado passa a ser de R\$573,07. Este custo é inferior, portanto, ao custo máximo admissível, ou custo meta de R\$576,41.

4.6.10 Nova comparação do Custo Meta com o Custo Estimado

A equipe comemorou, pois foi possível alcançar o custo meta para o produto e relançá-lo no

mercado.

Tabela 20 - Nova comparação entre o Custo Estimado e o Custo Máximo Admissível

Descrição	Valor
Novo Custo Estimado	573,07
Custo Meta ou máximo admissível	576,41
Custo Alvo em Reais	(3,34)
Custo Alvo em % do estimado	0,58 %

A diferença de R\$3,34, apesar de considerada pequena, significa que o custo alvo não só foi alcançado, como também foi possível superá-lo.

4.6.11 Relançamento do produto

A seguir, a equipe elaborou uma Demonstração Sintetizada do Resultado alcançado:

Tabela 21 - Demonstração Sintetizada de Resultados

Descrição	Valor
Preço de venda	800,00
(-) impostos 7,03%	56,24
(=) Preço de venda líquido	743,76
(-) Custos Estimados	573,07
(=) Margem operacional – Em Reais	170,69
(=) Margem operacional – Em %	22,95 %

Uma vez que a Margem Alvo de 22,5%, estabelecida pela empresa, foi alcançada, e até superada, o produto pôde ser relançado no mercado. A equipe julgou ainda que, por se tratar de um serviço prestado exclusivamente a planos de saúde, não havia necessidade de estimar nenhum montante a título de inadimplência. Caso existisse um histórico de perdas nos serviços prestados a planos de saúde, estas deveriam ser estimadas em termos percentuais e computadas na Demonstração do Resultado. Se a previsão para perdas afetasse a Margem Alvo, haveria necessidade de recalcular um novo Custo Alvo e, o processo do Custeio Alvo seria retomado desde o início.

4.7 Considerações sobre a aplicação do Custeio Alvo em entidades hospitalares

Por se tratar de uma entidade prestadora de serviços, os custos fixos são predominantes. No caso dos hospitais, pode-se dizer que, excetuando-se materiais e medicamentos, praticamente todos os demais custos são fixos. Este fato contribuiu para a decisão do hospital em trabalhar com o conceito de margem operacional por produto, inerente ao Custeio Pleno, no qual estão incluídos todos os custos e despesas, fixos e variáveis.

Contudo, para efeito da implementação do processo do Custeio Alvo, esta realidade tornou difícil a tarefa de relacionar os recursos consumidos no hospital com os atributos/funções de seus serviços. Conforme foi explicado anteriormente, vários recursos consumidos não puderam ser relacionados com o atendimento de nenhuma função ou atributo da cesariana. Uma das abordagens da Engenharia do Valor pressupõe a decomposição do produto ou serviço em funções. Dessa forma, todo recurso consumido deveria estar relacionado com o atendimento de alguma função ou atributo. Diante disso, pergunta-se: Qual deveria ser o padrão de gestão de ativos nos hospitais?

Na abordagem tradicional de custos, o foco está na natureza do recurso, ou seja, o gestor geralmente utiliza-se do balancete para analisar os gastos com pessoal, energia elétrica, telefone, materiais, etc.

Na Gestão Estratégica de Custos, ao implementar o Custeio Alvo, o gestor deveria mudar o foco para os atributos ou funções dos produtos e serviços, ou seja, o quanto custa para a empresa prover cada atributo ou função de determinado produto ou serviço. Este deveria ser o padrão de gestão dos ativos dos hospitais.

No entanto, da forma como o hospital vem trabalhando, é muito difícil saber o quanto se gasta

para manter cada função ou atributo dos produtos ou serviços. Acredita-se que investir recursos na obtenção de técnicas e sistemas informatizados que fossem capazes de fornecer tais informações traria grandes benefícios para a gestão hospitalar como um todo. Ray B. (2001, p, 42), médico indiano, em artigo publicado pela revista *Health Administrator*, afirma que qualquer serviço ou produto hospitalar tem aproximadamente entre 20% e 30% de custos desnecessários, resultando na diminuição de seu valor. Recursos consumidos desnecessariamente não estão adicionando valor ao produto ou serviço e, portanto, podem ser eliminados sem afetar os atributos do produto ou serviço.

A falta de planejamento estratégico, operacional e até mesmo de orçamentos é outro fato que merece destaque. No hospital onde foi realizado o estudo, percebe-se uma discrepância entre o corpo clínico e a área administrativa. Enquanto o corpo clínico é composto por médicos altamente especializados tendo a seu dispor modernos instrumentos e equipamentos, a área administrativa carece de pessoal capacitado, sistemas informatizados sofisticados, além de equipamentos, entre outros. Da Diretoria, composta por quatro membros, apenas um diretor possui formação na área de gestão hospitalar, os demais são médicos que dedicam a maior parte do seu tempo para a medicina.

Um fato positivo na implementação do Custeio Alvo foi a participação de várias áreas da empresa na gestão dos custos da cesariana. A área de *Marketing* foi responsável pela pesquisa sobre a importância dada pelo mercado para os diversos atributos do produto. As áreas de Controladoria e Contabilidade foram responsáveis pela elaboração das planilhas de custos e definição do custo alvo. O setor de Compras, juntamente com a Farmácia Hospitalar, foram responsáveis por estabelecer limites de preços e qualidade dos componentes de custos modificados. A área de Enfermagem foi fundamental na reestruturação de seu quadro funcional para que este ficasse compatível com a estrutura de leitos montada após as

modificações implementadas. A Diretoria Administrativa foi importante no processo quando coordenou as reuniões da equipe e definiu o momento em que o Custeio Alvo atingiu o patamar aceitável. Contudo, embora os aspectos positivos do trabalho em equipe tenham superado em muito os negativos, deve-se mencionar que no transcorrer do processo surgiram várias dificuldades. Houve reuniões em que não foi possível contar com todos os membros da equipe, por motivo de viagens, licenças, etc. Além disso, durante o processo, a equipe teve que ser reformulada por duas vezes por motivo de desligamento de pessoas do quadro funcional.

Um fato que chamou a atenção e deve ser ressaltado é a mudança no enfoque da gestão de custos. No Custeio Alvo, a voz do consumidor orienta todo o processo de gestão de custos. Isto ficou evidente quando o recurso ‘medicamentos’ que, em termos de custo, representa 16,03% do custo total da cesariana, não foi objeto de redução de custos. Na forma tradicional de gestão de custos, com certeza, este item seria um sério candidato a sofrer cortes. Possivelmente, alguém sugeriria a utilização de medicamentos genéricos (mais baratos) em lugar dos atuais; contudo, sob a ótica do Custeio Alvo, deveria acontecer justamente o contrário, ou seja, poder-se-ia até gastar mais com medicamentos, uma vez que se trata de um recurso vinculado a um atributo muito valorizado pelo consumidor.

4.8 Comparação entre a aplicação do Custeio Alvo em entidades hospitalares e a literatura pesquisada

A literatura pesquisada, embora tenha fornecido subsídios para compreender e explicar o processo de implantação do Custeio Alvo em produtos e serviços hospitalares, aborda, predominantemente, o uso do Custeio Alvo pelas indústrias de manufatura. Neste sentido, alguns aspectos relevantes devem ser considerados em relação à comparação entre o Custeio Alvo, tal como é descrito na literatura pesquisada, e sua adequação a produtos e serviços

hospitalares. Ao comparar o processo de aplicação do Custeio Alvo a serviços hospitalares com a literatura pesquisada, constatou-se que existem aspectos que se assemelham e outros que se diferenciam e, existem, ainda, aspectos que não são abordados pela literatura consultada.

4.8.1 Aspectos que se assemelham

Quanto aos aspectos que se assemelham aos encontrados na literatura pesquisada, pode-se citar:

- Existe um preço de mercado para os produtos e serviços hospitalares, tal como ocorre com produtos manufaturados. Apesar de parecer pouco comum, é possível determinar o preço dos produtos e serviços particulares através de pesquisa com potenciais pacientes. Quanto aos serviços prestados via planos de saúde, apesar de o preço dos produtos e serviços ser fixado em contrato, este poderia ter como parâmetro os preços de mercado praticados com pacientes particulares.
- Tanto na indústria de manufatura quanto no segmento hospitalar, os critérios para definição da margem objetivada são os mesmos, ou seja, dependem do modelo de decisão dos gestores e dos planos estratégico e operacional da instituição. Dessa forma, o critério não se altera em função de ser estabelecido por indústrias de manufatura ou instituições hospitalares.
- Os princípios que regem o Custeio Alvo são também aplicáveis ao segmento hospitalar, a exemplo do que ocorre na indústria de manufatura, conforme foi abordado no tópico 4.4.

4.8.2 Aspectos que se diferenciam

Quanto aos pontos nos quais foram percebidas as maiores diferenças na comparação da aplicação do Custeio Alvo em produtos e serviços hospitalares com sua aplicação no setor industrial, pode-se citar:

- Parece haver um número muito maior de atributos nos produtos e serviços hospitalares do que nos manufaturados. No parto com cesariana foram selecionados 24 atributos, considerados importantes ou relevantes, conforme pode ser observado no Apêndice D.
- O grau de manobra para gestão de custos é, a princípio, menor no segmento hospitalar do que nas indústrias de manufatura. Na indústria existe uma cadeia de valor muito mais ampla, facilitando a busca por produtos similares e possibilitando maior negociação com fornecedores. Além disso, na indústria parece haver maiores condições de modificação do projeto dos produtos através da criação de novas tecnologias, redução ou substituição de componentes, reestruturação do processo de produção, entre outros, do que em um produto ou serviço hospitalar.
- Percebe-se que no segmento hospitalar existe maior dificuldade para relacionar os atributos do produto ou serviço com seus custos específicos. A Tabela 17 demonstra alguns atributos que, embora sejam percebidos pelos consumidores, não puderam ser relacionados a nenhum recurso. Por outro lado, contrário também é verdadeiro, ou seja, existem diversos recursos que são consumidos no parto com cesariana e que não puderam ser relacionados com o atendimento de nenhum atributo⁴⁷. Isto se deve ao fato de a maioria dos recursos consumidos ter natureza fixa e serem indiretos em relação ao objeto de custeio (a cesariana). A literatura consultada mostra exemplos da aplicação do Custeio Alvo em

⁴⁷ Os recursos marcados com asterisco, conforme Tabela 13.

empresas industriais, cujos atributos são, em sua maior parte, relacionados a componentes com custos diretamente alocados aos mesmos.

- Com relação aos requisitos do Custeio Alvo, verificou-se que, no segmento hospitalar, não se faz presente o requisito ‘o Custeio Alvo deve contemplar todo ciclo de vida do produto’. Contudo, conforme já foi explicado no final do item 4.4, isto não impediu a implementação do processo do Custeio Alvo a produtos e serviços hospitalares.
- Os autores consultados são unânimes em afirmar que os recursos cujos Índices de Valor (IV) sejam menores que 1 e que estejam fora da ‘zona de valor ótimo’ devem ser objeto de redução de custos. Porém, constatou-se neste estudo que para os itens de baixo custo (valor absoluto baixo), mesmo com IV inferior a 1, nenhuma ação deve ser tomada, uma vez que as economias conseguidas seriam insignificantes. Em outras palavras, concentrar esforços para reduzir custos de itens com IV menor do que 1, considerados imateriais, mesmo que teoricamente possível, contribuiria muito pouco no alcance do custo alvo.

4.8.3 Aspectos não encontrados na literatura consultada

Quanto aos aspectos da aplicação do Custeio Alvo a produtos e serviços hospitalares que não são encontrados na literatura consultada, pode-se destacar o seguinte:

- A literatura consultada não menciona como deve ser feito para se determinar a contribuição de cada recurso, em termos percentuais, no atendimento de determinada função ou atributo. Isto é necessário para se calcular a Importância Relativa do recurso utilizado. Conforme foi relatado no tópico 4.6.7, para muitos atributos são necessários mais de um tipo de recurso (materiais, pessoal, energia elétrica, etc) e, neste caso, depois de identificá-los, deve-se determinar o percentual de contribuição de cada um deles no

atendimento do atributo ou função. A falta de um método apropriado pode levar à determinação de um percentual de participação do recurso no atendimento do atributo que não corresponda com a realidade operacional. Se isto for verdade, os resultados da utilização do Custeio Alvo neste segmento podem ser afetados.

- Sobre o método de custeio a ser utilizado no processo do Custeio Alvo, a literatura não diz qual seria o mais apropriado. Existem autores que defendem o uso do Custeio por Absorção, enquanto outros defendem a utilização do Custeio Direto, ABC e até mesmo o Custeio Variável. Na empresa objeto do nosso estudo, usa-se o Custeio Pleno, com a inclusão, no custo do produto, de todos os custos e despesas, fixos e variáveis.

4.8.4 Dificuldades encontradas na utilização do Custeio Alvo

É importante ressaltar que, no transcorrer desta pesquisa, surgiram várias dificuldades. Algumas em decorrência das diferenças existentes quando comparadas a aplicação do Custeio Alvo em hospitais com a aplicação em indústrias de manufatura. Outras em função da omissão da literatura em questões consideradas cruciais, conforme já relatado anteriormente. Essas dificuldades podem ser assim resumidas:

- O grande número de atributos percebidos pelas mulheres, relacionados a custos indiretos, dificultam o uso da engenharia do valor.
- O elevado número de atributos tornou difícil a tarefa de relacioná-los com seus respectivos recursos e custos.
- Conforme foi relatado no item 4.8.3, houve dificuldade em determinar, em termos proporcionais, a contribuição individual dos recursos para prover os atributos (nos casos

onde são necessários mais de um recurso para prover um atributo).

Conforme foi estabelecido no Capítulo 3, a viabilidade, ou não, da utilização do Custeio Alvo nos produtos ou serviços hospitalares estaria baseada em uma observação real de sua utilização na cesariana e na posterior análise das informações e evidências levantadas, para, a partir daí, confrontá-las com a teoria e obter conclusões. Sendo assim, ao término da pesquisa, constatou-se que todas as características relevantes, objetivos e princípios do Custeio Alvo, tal como são descritos na teoria, são aderentes aos produtos e serviços hospitalares, ou seja, não foi necessário fazer qualquer tipo de concessão à teoria para que esta se fizesse aplicar na cesariana. Até mesmo a questão da dificuldade⁴⁸ para se determinar a contribuição dos recursos, em termos percentuais, para prover os atributos; apesar de poder comprometer os resultados, se determinados de forma arbitrária, não inviabiliza a utilização do Custeio Alvo como um todo, uma vez que não compromete o desenvolvimento do processo em si⁴⁹.

Por isso, apesar de todos os aspectos relacionados às dificuldades encontradas e aos pontos não abordados pela literatura consultada, pode-se concluir que a utilização do Custeio Alvo no segmento hospitalar é viável em função do estudo relatado neste capítulo.

⁴⁸ Já relatada anteriormente.

⁴⁹ Em outras palavras, não fere a essência do Custeio Alvo que é atingir o custo alvo preservando a margem objetivada pela empresa, dado o preço que o mercado está disposto a pagar pelo produto ou serviço.

5 CONCLUSÕES

Este capítulo deve dar resposta às questões de pesquisa, enunciadas no tópico 1.3, bem como demonstrar se os objetivos foram alcançados ou não. Dessa forma, considerando-se os achados da pesquisa, relatados de forma pormenorizada ao longo do Capítulo 4, conclui-se que:

1. A filosofia, os princípios e o processo do Custeio Alvo podem ser aplicados, com êxito, em entidades hospitalares.
2. As características próprias desse instrumento gerencial estratégico, quando aplicado às entidades hospitalares, foram demonstradas no fluxograma sugerido para aplicação do Custeio Alvo (tópico 4.5) e na própria aplicação do mesmo na empresa (tópico 4.6).
3. Os aspectos do Custeio Alvo observados durante o processo de aplicação a serviços hospitalares, mas que não são abordados na literatura existente, foram detalhados no tópico 4.8.3. De forma resumida estes aspectos foram os seguintes:
 - como determinar, em termos proporcionais, a contribuição de cada recurso necessário para prover os atributos de um produto ou serviço;
 - a literatura consultada é omissa quanto ao método de custeio mais apropriado a ser utilizado no processo de Custeio Alvo.
4. No hospital onde se realizou a pesquisa, a margem obtida na venda dos materiais e medicamentos está subsidiando os demais produtos e serviços. É dessa forma que os problemas financeiros da empresa vêm sendo equacionados. Até então, o Custeio Alvo

como um instrumento da gestão estratégica de custos era totalmente desconhecido pela empresa.

Quanto à hipótese estabelecida no trabalho, constatou-se que a mesma deve ser refutada, uma vez que ficou comprovado que o Custeio Alvo se adequa às atividades de prestação de serviços hospitalares.

Confirmou-se a viabilidade do Custeio Alvo no segmento hospitalar, respeitando suas peculiaridades de aplicação, sua filosofia, princípios e metodologia. Verificou-se que a mudança do contexto, da manufatura e dos serviços educacionais (conforme pesquisa de Hansen), não inviabilizou a aplicação do mesmo.

Com relação à generalização dos resultados desta pesquisa, é oportuno lembrar o comentário feito no Capítulo 3. A esse respeito, Yin (2002, p. 29) explica que, em se tratando de estudos de caso, ao se fazer generalizações, da mesma maneira que nos experimentos, deve-se fazê-las em relação às proposições teóricas e não a populações ou universos. Isto quer dizer que não existe qualquer limitação no sentido de reproduzir esta pesquisa em outros hospitais, desde que observada a metodologia aqui utilizada. O que não se pode generalizar é, por exemplo, o grau de importância atribuído pelas mulheres aos atributos da cesariana, uma vez que isto foi obtido de uma amostra não aleatória.

Destaca-se também, como contribuição desta pesquisa para a entidade objeto do estudo de caso, a elaboração de uma lista-padrão com o consumo, em termos nominais e quantitativos, dos materiais e medicamentos para o uso em uma cesariana dentro das condições de normalidade.

Após o término da pesquisa, o contexto empresarial dos hospitais privados não havia mudado, ou seja, uma grave crise financeira que vem se prolongando ao longo dos anos continua ameaçando sua sobrevivência. O relacionamento com os planos de saúde parece cada dia mais desgastado. Não é raro ver, na mídia, notícias que dão conta disto. Por isso, acredita-se que a utilização do Custeio Alvo pelo segmento hospitalar, pode representar um diferencial que contribua de modo significativo para que estas instituições tenham êxito no alcance de seus objetivos.

Outro aspecto que deve ser objeto de destaque é a estrutura administrativa dos hospitais privados. No hospital onde foi realizado o estudo, cargos como o de diretor financeiro e diretor superintendente são ocupados por médicos que não dedicam tempo integral para estas funções. O fato de uma instituição ser fundada por um grupo de médicos, não significa, necessariamente, que deva ser por eles administrada. Também é verdade que existem médicos altamente capacitados e que podem ser qualificados para exercer funções executivas. O contexto empresarial dos hospitais exige profissionais que sejam capazes de elaborar estratégias para enfrentar a acirrada concorrência e a forte pressão sobre os preços exercida pelos planos de saúde. Além disso, tem-se o desenvolvimento da medicina e o uso de tecnologias cada vez mais avançadas exigindo pesados investimentos em modernização.

Portanto, pode não ser suficiente para a recuperação ou manutenção da saúde financeira dos hospitais privados recorrer apenas a um instrumento de gestão estratégica de custos tal como o Custeio Alvo. Mano (2004, p. 66-68), em recente matéria publicada pela revista Exame, mostra os resultados obtidos pelo hospital paulista Albert Einstein no ano de 2003, bem como as principais estratégias utilizadas para expandir os negócios. O fato que chama a atenção nesta matéria é que nenhum dos executivos que dão as diretrizes no Einstein tem origem na área médica.

O fato da situação-problema narrada nesta pesquisa ser própria dos hospitais privados, não significa que os hospitais públicos não tenham problemas financeiros. Sabe-se que no contexto dos hospitais públicos, os problemas são tão ou mais graves quanto os enfrentados no setor privado. Os recursos são limitados e, na maioria das vezes insuficientes. Diante disso, pergunta-se: porque não utilizar a filosofia, os princípios e a metodologia do Custeio Alvo nos hospitais públicos?

O gestor público precisa saber que até mesmo os hospitais sem fins lucrativos devem objetivar resultados econômicos positivos. A lei não impede que entidades filantrópicas auferam lucros, apenas coíbe sua distribuição a sócios ou a quem quer que seja. O lucro obtido por estas sociedades deve ser revertido em benefício de seus objetivos sociais.

Assim, em função das principais dificuldades encontradas no transcorrer da pesquisa, bem como dos aspectos da aplicação do Custeio Alvo em serviços hospitalares não abordados na literatura, surgiram questões para futuras pesquisas/estudos a serem realizadas sobre o Custeio Alvo:

1. Como determinar, em termos percentuais, a contribuição de cada recurso no atendimento dos atributos de um produto ou serviço, quando forem necessários dois ou mais recursos para suprir um único atributo?
2. Em se tratando de hospitais, ou de outro segmento cujo montante de custos indiretos em relação ao objeto de custeio sejam relevantes, qual o método de custeio mais adequado?
3. Até que ponto é viável, no caso dos hospitais, incluir somente os custos diretos no custeio dos produtos ou serviços?

4. Qual o modelo de decisão mais utilizado pelos gestores dos hospitais privados brasileiros?
5. Qual o estado-da-arte da contabilidade gerencial nos hospitais privados brasileiros?

REFERÊNCIAS

- AAKER, D. *et. al.* **Pesquisa de Marketing**. São Paulo: Atlas, 2001.
- ABBAS, K. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. 2001.155p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE – ANS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 15/02/2004.
- ALBRIGHT, T. The use of target costing developing the Mercedes-Benz M-Class. **International Journal of Strategic Cost Management**. Akron: v. 1, n. 2, p. 13-23, autumn 1998.
- ANDRADE, M. M. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- ANSARI, S. *et. al.* **Target costing: Management Accounting – a strategic focus**. New York: McGraw-Hill, 1997a.
- ANSARI, S. *et. al.* **Target costing: the next frontier in strategic cost management**. New York: McGraw-Hill, 1997b.
- ANTHONY, R. N.; GOVINDARAJAN, V. **Sistemas de controle gerencial**. São Paulo: Atlas, 2002.
- ATKINSON, A. *et al.* **Contabilidade Gerencial**. São Paulo: Atlas, 2000.
- BACKER, M., JACOBSEN, L. E. **Contabilidade de Custos: um enfoque para administração de empresas**. São Paulo: McGraw-Hill, 1973.
- BASSO, J. L. **Engenharia e Análise de Valor**. São Paulo: Instituto IMAM, 1990.
- BAYOU, M. E.; REISTEIN, A. Formula for success: Target costing for cost-plus pricing Companies. **Journal of Cost Management**. Boston: v. 11, n. 5, p. 30-34 September/October, 1997.
- BERMAN, H. J.; WEEKS, L. E. **Administração financeira de hospitais**. São Paulo. Livraria Pioneira Editora, 1979.
- BHARAT, R. Value Engineering – A new concept in reducing cost of burn care. **Health Administrator**. New Delhi. Issue 1, 2001. Disponível em <http://www.medind.nic.in>. Acesso em: 25/07/2004.
- BHIMANI, A.; NEIKE, C. How Siemens designed its Target Costing system to redesign its products. **Journal of Cost Management**. Boston: v. 13, n. 4, p. 28-34, July/August, 1999.
- BORBA, W. R. **Administração hospitalar: princípios básicos**. 2. ed. São Paulo: Sociedade Beneficente São Camilo, 1988.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 12. ed. São Paulo: Ática, 2002.

CHEN, R. C.; CHUNG, H. C. Cause-effect analysis for target costing. **Management Accounting Quarterly**. p. 1-9, Winter 2002.

CHINEN, C. A. K. **Contribuição à gestão financeira hospitalar no Brasil**. 1987. 168p. Tese (Doutorado em Controladoria e Contabilidade) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo.

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

COGAN, S. **Custos e preços – Formação e análise**. São Paulo: Pioneira, 1999.

COOPER, R.; SLAGMULDER, R. **Target costing and Value Engineering**. Portland: Productivity Press, 1997.

CRC-SP, IBRACON. **Curso de contabilidade de custos**. 1.ed. São Paulo: Atlas, 1992.

CSILLAG, J. M. **Análise do Valor**. São Paulo: Atlas, 1985.

CURTIS, C. C. Target Costing – a book review. **Journal of Cost Management**. Boston: v. 11, n. 2, p. 42-43, March/April, 1997.

DAVENPORT, T.; PRUSAK, L. **Conhecimento empresarial**. Rio de Janeiro: Campus; São Paulo: Publifolha, 1999.

DAVILA, A.; WOUTERS, M. Designing Cost-Competitive technology products through cost management. **Accounting Horizons**. Sarasota: vol. 18, n. 1, p. 13-14, Mar, 2004.

DEKKER, H.; SMIDT, P. A survey of the adoption and use of target costing in Dutch firms. **International Journal of Production Economics**. v. 84 p. 293-305, 2003.

DUTON, J. J.; MARK, F. Target Costing: at Texas Instrument. **Journal of Cost Management**. Boston: v. 10, n. 3, p. 33-38, Fall, 1996.

ELLIRAM, L. M. Purchasing and supply management's participation in the target costing process. **The Journal of Supply Chain Management**. Tempe: v. 36, n. 2, p. 39-51, Spring, 2000.

EWERT, R.; ERNST, C. Target costing, Coordination and Strategic Cost Management. **The European Accounting Review**. London: vol. 8, 1999.

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

FISHER, J. Implementing Target Costing. **Journal of Cost Management**. Boston: v. 9, n. 2, p. 50-59, Summer, 1995.

GIBARA, S. G. Target costing at Goodyear. **International Journal of Strategic Cost Management**. Akron: v. 1, n. 4, p. 49-52, Spring, 1999.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOODE, W. J.; HATT, P. K. **Métodos em pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1975.

HAMMER, M. **A Agenda**: o que as empresas devem fazer para dominar esta década. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

HANSEN, J. E. **Aplicação do custeio alvo em cursos de pós-graduação *lato sensu***: Um estudo sob o enfoque da gestão estratégica de custos. 2002. 211p. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo.

HELLER, E. D. **Value Management**: Value Engineering and Cost Reduction. Addison-Wesley Publishing Company, 1971.

HORNGREN, C. *et. al.* **Contabilidade de custos**. Rio de Janeiro: LTC, 1997.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HOVÁRTH, P. *et. al.* Linking target costing to ABC at US automotive Supplier. **Journal of Cost Management**. Boston: v. 12, n. 12, p. 16-24, Mar/Apr. 1998.

JACKSON, R. Target Costing. **Supply Management**. London: v. 3, n. 10, p. 40-41, May 1998.

KAPLAN, R. S.; COOPER, R. **Custo & Desempenho**: Administre seus custos para ser mais competitivo. São Paulo: Futura, 1998.

KATO, Y. *et. al.* Target Costing: and integrative management process. **Journal of Cost Management**. Boston: v. 9, n. 1, p. 39-51, Spring, 1995.

KERLINGER, F. N. **Metodologia da Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: EPU, 1980.

KIM, I. *et al.* Target costing: Lesson from Japan. **International Journal of Strategic Cost Management**. Akron: v. 2, n. 2, p. 3-11, Autumn, 1999.

KOTLER, P. **Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

LAKATOS, E.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1989.

_____. **Fundamentos de metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEONE, G. S. G. **Curso de contabilidade de custos**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

LOVELOCK, C; WRIGTH, L. **Serviços: marketing e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2002.

MANO, C. A Expansão do Albert Einstein. **Exame**: São Paulo, Abril, ed. 823, pg. 66-68, 04.08.2004.

MARCONI, M. A., LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisas: planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARTINS, Domingos. **Gestão financeira de hospitais.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

_____. **Custeio Hospitalar por atividades: Activity Based Costing.** São Paulo: Atlas, 2002.

MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de custos.** 8.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MARTINS, G. A. **Manual para elaboração de Monografias e Dissertações.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MARTINS, G. A.; LINTZ, A. **Guia para elaboração de monografias e trabalho de conclusão de curso.** São Paulo: Atlas, 2000.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing.** Edição compacta – 3.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MONDEN, Y. **Sistemas de Redução de Custos Custo-Alvo e Custo Kaisen.** Porto Alegre: Bookman, 1999.

MÜLLER, M. S.; CORNELSEN, J. M. **Normas e Padrões para teses, dissertações e monografias.** 5.ed. atual. Londrina: Eduel, 2003.

NAKAGAWA, M. **Introdução à controladoria: conceitos, sistemas, implementação.** São Paulo: Atlas, 1993.

_____. **Gestão estratégica de custos: Conceitos, sistemas e implementações.** São Paulo: Atlas, 2000.

ONO, K. **Utilização do Target Costing :** Um estudo exploratório em municípios de Santa Catarina. 2003. 165p. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências de saúde, humanas e sociais.** 3.ed. São Paulo: Edusp, 2001.

PINHO, M. O. M. **Dicionário de termos de negócios: português-inglês: English- Portuguese.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

PIOLA, S. F; VIANNA, S. M (org). **Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde.** Brasília: IPEA, 1995.

POPPER, K. R. **A lógica da Pesquisa Científica.** São Paulo: Cultrix, 1972.

PORTER, M. E. **Vantagem Competitiva.** Rio de Janeiro: Campus, 1989.

RAY, B. Value Engineering – A practical approach to managing cost in critical care. **Health Administrator.** New Delhi. Issue 1, 2001. Disponível em< <http://www.medind.nic.in>>. Acesso em: 25/07/2004.

ROBINSON, F. **A Practical Guide to Target Costing – Processes and Techniques.** London: Kogan Page, 1999.

ROBLES JR., A. **Custos da Qualidade: uma estratégia para a competição global**. São Paulo: Atlas, 1996.

ROCHA, W. **Contribuição ao estudo de um modelo conceitual de sistema de informação de gestão estratégica**. 1999. 148p. Tese (Doutorado em Controladoria e Contabilidade) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo.

ROCHA, W.; MARTINS, E. A. Custeio Alvo (“Target Costing”). **Revista Brasileira de Custos**. v.1, nº 1, p.83-94 – 1º semestre, 1999.

SAKURAI, M. Target Costing and how to use it. **Journal of Cost Management**. Boston: v. 3, n. 2, p. 39-50, Summer, 1989.

_____. **Gerenciamento Integrado de Custos**. São Paulo: Atlas, 1997.

SAMADDAR, D. P., *et. al.* Value Engineering in Tata Main Hospital ICU. **Health Administrator**. New Delhi. Issue 1, 2001. Disponível em <<http://www.medind.nic.in>>. Acesso em: 25/07/2004.

SCARPIN, J. E. **Target Costing e sua utilização como mecanismo de formação de preço para novos produtos**. 2000. 159p. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade) – UNOPAR, Londrina.

SCARPIN, J. E.; ROCHA, W. **Target Costing: Abordagem conceitual e histórica**. In: Congresso Brasileiro de Custos, 7. 2000, Recife. Anais... CD.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SHANK. J. K.; GOVINDARAJAN, V. **A revolução dos custos: Como reinventar e redefinir sua estratégia de custos para vencer em mercados crescentemente competitivos**. 2 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997

SHANK, J. K.; FISHER, J. Case study: target costing as a strategic tool. **Sloan Management Review**. Cambridge: v. 41, n. 1, p. 73-82, Fall, 1999.

SWENSON, D. *et. al.* Best Practices in Target Costing. **Management Accounting Quarterly**. v.4, n.2, p.12-17, Winter, 2003.

TANAKA, T. Target Costing at Toyota. **Journal of Cost Management**. Boston. Spring, 1993.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 8.ed. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. **Pesquisa-ação nas organizações**. São Paulo: Atlas, 1997.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. SISTEMA INTEGRADO DE BIBLIOTECAS. Grupo DiTeses. **Diretrizes para apresentação de Dissertações e Teses da USP**: documento eletrônico ou impresso / Vânia M. B. de Oliveira Funaro, coord...[*et al.*] - São Paulo: SIBi/USP, 2004.

VARTANIAN, G. H. **O método do custeio pleno:** Uma análise conceitual e empírica. 2000. 205p. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo.

WALKER, M. Attribute based costing: For decision making. **Management Accounting**. London: Jun.1999.

WEBER, M. Target Costing: an integration of strategic efforts. **International Journal of Strategic Cost Management**. Akron: v.1, n. 4, p. 33-47, Spring, 1999.

WELSCH, G. A. **Orçamento empresarial**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1983.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e método**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICES

Apêndice A - Questionário aplicado no grupo de mulheres.....	139
Apêndice B - Consolidação do questionário aplicado no grupo de mulheres	144
Apêndice C - Roteiro para entrevista com os gestores da entidade pesquisada	154
Apêndice D - Relação de atributos do parto com cesariana com internação em apartamento <i>Standard</i> , ativos e serviços de terceiros envolvidos e itens de custos derivados.....	158

Apêndice A - Questionário aplicado no grupo de mulheres**I. CARACTERIZAÇÃO DO RESPONDENTE**

- 1 – FAIXA ETÁRIA:
- ☐ Abaixo de 26 anos
 - ☐ De 26 a 30 anos
 - ☐ De 31 a 35 anos
 - ☐ De 36 a 40 anos
 - ☐ Acima de 40 anos

- 2 – ESTADO CIVIL:
- ☐ Solteira
 - ☐ Casada ou vive com companheiro
 - ☐ Separada/Divorciada
 - ☐ Viúva

3 – GRAU DE ESCOLARIDADE:

☐ Ensino fundamental incompleto	☐ Superior incompleto
☐ Ensino fundamental completo	☐ Superior completo
☐ Ensino médio incompleto	☐ Pós-graduação incompleto
☐ Ensino médio completo	☐ Pós-graduação completo

4 – VOCÊ EXERCE ATIVIDADE PROFISSIONAL REMUNERADA? (Se tem mais de uma, considere a principal em termos de rendimentos)

☐ Sim	Eu sou:	☐ Profissional liberal ou autônomo
		☐ Assalariada – setor público
		☐ Assalariada – setor privado
		☐ Empresária
☐ Não	Eu sou:	☐ Aposentada
		☐ Dona-de-casa
		☐ Estudante
		☐ Outros. Citar: _____

5 – ASSINALE SEU RENDIMENTO TOTAL INDIVIDUAL MENSAL (incluir salários, comissões, aluguéis, honorários, etc.)

☐ Até R\$500,00	☐ De R\$2.001,00 a R\$3.000,00
☐ De R\$501,00 a R\$1.000,00	☐ De R\$3.001,00 a R\$5.000,00
☐ De R\$1.001,00 a R\$1.500,00	☐ Acima de R\$5.000,00
☐ De R\$1.501,00 a R\$2.000,00	

6 – ASSINALE A RENDA FAMILIAR MENSAL (incluir salários, comissões, aluguéis, honorários, etc. de todas as pessoas de sua família que trabalham)

☐ Até R\$1.000,00	☐ De R\$4.001,00 a R\$6.000,00
☐ De R\$1.001,00 a R\$2.000,00	☐ De R\$6.001,00 a R\$10.000,00
☐ De R\$2.001,00 a R\$3.000,00	☐ Acima de R\$10.000,00
☐ De R\$3.001,00 a R\$4.000,00	

7 – NÚMERO DE MEMBROS DE SUA FAMÍLIA: _____

8 – VOCÊ POSSUI ALGUM PLANO DE SAÚDE?

☐ Sim

☐ Não

9 – NA SUA CASA, NO CASO DE NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO DE QUALQUER MEMBRO DE SUA FAMÍLIA PARA TRATAMENTO MÉDICO, QUEM DECIDE SOBRE A ESCOLHA DO HOSPITAL ?

☐ O homem (na condição de pai, marido ou filho maior)

☐ A mulher (na condição de mãe, esposa ou filha maior)

☐ Ambos

10 – ASSINALE O **PRINCIPAL MOTIVO** QUE LEVA VOCÊ A ESCOLHER UM HOSPITAL QUANDO SURGE UM PROBLEMA DE SAÚDE?

☐ O preço dos serviços

☐ Notoriedade/reputação da Instituição de saúde

☐ As instalações físicas do hospital

☐ A localização do hospital

☐ Outro motivo. Especificar: _____

II – CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO HOSPITALAR

11– COM RELAÇÃO AO HORÁRIO PARA REALIZAÇÃO DO PARTO COM CESARIANA, MARQUE A OPÇÃO QUE VOCE CONSIDERA MELHOR.

☐ Entre 7horas e 9horas

☐ Entre 9horas e 11 horas

☐ Entre 11horas e 14horas

☐ Entre 14horas e 17horas

☐ Entre 17horas e 20 horas

☐ Outro horário. Especificar: _____

12 – OS ITENS ABAIXO SE REFEREM A DIFERENTES ASPECTOS QUE COMPÕEM O **PARTO COM CESARIANA COM INTERNAÇÃO EM APARTAMENTO STANDARD**. PROCURE AVALIAR CUIDADOSAMENTE, A IMPORTÂNCIA DE CADA UM DOS ITENS, ASSINALANDO COM UM “X” O QUADRO CORRESPONDENTE AO VALOR ATRIBUÍDO POR VOCÊ. TOME COMO BASE A SEGUINTE ESCALA:

4 – Muito importante

3 – Importante

2 – Pouco importante

1 – Dispensável

Itens	4	3	2	1
Relacionados à cirurgia				
• Não sentir dor durante nem após a cirurgia				
• Não sentir náuseas após a cirurgia				
• Retorno progressivo à saúde da parturiente – contração do útero, cicatrização normal, não contrair infecção, etc.				
• Permitir ao pai do bebê ou outro acompanhante assistir ao parto				
• Permitir filmagem do parto				
• Outros: especificar				
Relacionados ao bebê				
• Exame do pezinho realizado no próprio hospital				
• Imediata identificação da mãe e bebê				
• Retorno progressivo à saúde do bebê – cicatrização do umbigo, etc.				
• Outros: especificar				
Relacionados à diária hospitalar				
• Internação em ala exclusiva (sem presença de outros tipos de doentes, homens ou mulheres)				
• Permissão para filhos menores visitarem a mãe				
• O bebê ficar no mesmo quarto que a mãe				
• Instalações asseadas				
• Roupas de cama e banho limpas				
• Serviço de psicologia hospitalar para a parturiente				
• Alimentação – dieta normal (vide abaixo):				
• Enfermagem eficiente e cordial				
• Recepção e <i>check-out</i> rápido e cordial				

• Serviço de manicuro e pedicuro				
• Serviço de cabeleireiro				
• Entretenimento				
• Ambiente climatizado				
• Serviço telefônico				
• Frigobar				
• Estacionamento				
• Outros: especificar				

Cardápio básico para uma parturiente, considerando uma dieta normal:

Café da manhã: café (250 ml), chá (250 ml) e leite (250 ml), 1 pão mini-francês, 1 mini-pão de leite, 2 fatias de queijo, 2 fatias de presunto, 1 sachê de margarina, 1 sachê de geléia, 2 biscoitos de água e sal, 2 biscoitos de leite, 2 torradas, e uma fruta.

Almoço: Arroz, feijão, um tipo de carne, um acompanhamento à base de legumes ou massa, três tipos de salada e sobremesa.

Lanche da tarde: idêntico ao café da manhã exceto pelo queijo e presunto; o chá é opcional.

Jantar: idêntico ao almoço.

Ceia: composta de chá (250 ml) com bolachas de água e sal e leite (2 unidades cada)

Apêndice B - Consolidação do questionário aplicado no grupo de mulheres

I. CARACTERIZAÇÃO DO RESPONDENTE

1 – FAIXA ETÁRIA:

2 – ESTADO CIVIL:

3 – GRAU DE ESCOLARIDADE:

4 – VOCÊ EXERCE ATIVIDADE PROFISSIONAL REMUNERADA? (Se tem mais de uma, considere a principal em termos de rendimentos)

Das que exercem atividade remunerada, constatou-se a seguinte distribuição:

As mulheres que não exercem atividade remunerada estão assim distribuídas:

5 – ASSINALE SEU RENDIMENTO TOTAL INDIVIDUAL MENSAL (incluir salários, comissões, aluguéis, honorários, etc.)

6 – ASSINALE A RENDA FAMILIAR MENSAL (incluir salários, comissões, aluguéis, honorários, etc. de todas as pessoas de sua família que trabalham)

7 – NÚMERO DE MEMBROS DE SUA FAMÍLIA:

8 – VOCÊ POSSUI ALGUM PLANO DE SAÚDE?

9 – NA SUA CASA, NO CASO DE NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO DE QUALQUER MEMBRO DE SUA FAMÍLIA PARA TRATAMENTO MÉDICO, QUEM DECIDE SOBRE A ESCOLHA DO HOSPITAL ?

10 – ASSINALE O **PRINCIPAL MOTIVO** QUE LEVA VOCÊ A ESCOLHER UM HOSPITAL QUANDO SURGE UM PROBLEMA DE SAÚDE?

II – CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO HOSPITALAR

11– COM RELAÇÃO AO HORÁRIO PARA REALIZAÇÃO DO PARTO COM CESARIANA, MARQUE A OPÇÃO QUE VOCE CONSIDERA MELHOR.

12 – OS ITENS ABAIXO SE REFEREM A DIFERENTES ASPECTOS QUE COMPÕEM O **PARTO COM CESARIANA COM INTERNAÇÃO EM APARTAMENTO *STANDARD***. PROCURE AVALIAR CUIDADOSAMENTE, A IMPORTÂNCIA DE CADA UM DOS ITENS, ASSINALANDO COM UM “X” O QUADRO CORRESPONDENTE AO VALOR ATRIBUÍDO POR VOCÊ. TOME COMO BASE A SEGUINTE ESCALA:

4 – Muito importante

3 – Importante

2 – Pouco importante

1 – Dispensável

Quantidade de respondentes em cada atributo do pacote cesariana

Itens	4	3	2	1	Total
Relacionados à cirurgia					
Não sentir dor durante nem após a cirurgia	43	7			50
Não sentir náuseas após a cirurgia	37	11	2		50
Retorno progressivo à saúde da parturiente - contração do útero, cicatrização normal, não contrair infecção, etc.	49	1			50
Permitir ao pai do bebê ou outro acompanhante assistir ao parto	10	13	22	5	50
Permitir filmagem do parto	1	7	21	21	50
Relacionados ao bebê					
Exame do pezinho realizado no próprio hospital	45	3		2	50
Imediata identificação da mãe e bebê	48	2			50
Retorno progressivo Cicatrização do umbigo, etc	46	4			50
Relacionados à diária hospitalar					
Internação em ala exclusiva (sem presença de outros tipos de doentes, homens ou mulheres)	38	12			50
Permissão para filhos menores visitarem a mãe	19	21	8	2	50
O bebê ficar no mesmo quarto que a mãe	31	15	3	1	50
Instalações asseadas	46	4			50
Roupas de cama e banho limpas	43	7			50
Serviço de psicologia hospitalar para a parturiente	19	26	4	1	50
Alimentação	23	24	3		50
Enfermagem eficiente e cordial	42	8			50
Recepção e check-out rápido e cordial	29	18	2	1	50
Serviço de manicuro e pedicuro	1		12	37	50
Serviço de cabeleireiro	1		11	38	50
Entretenimento	2	9	24	15	50
Ambiente climatizado	12	23	13	2	50
Serviço telefônico	16	26	7	1	50
Frigobar	7	15	18	10	50
Estacionamento	14	24	10	2	50

Quantidade de respondentes em cada atributo do pacote cesariana – em porcentagem (%)

Itens	4	3	2	1	Total
Relacionados à cirurgia					
Não sentir dor durante nem após a cirurgia	86%	14%	0%	0%	100%
Não sentir náuseas após a cirurgia	74%	22%	4%	0%	100%
Retorno progressivo à saúde da parturiente - contração do útero, cicatrização normal, não contrair infecção, etc.	98%	2%	0%	0%	100%
Permitir ao pai do bebê ou outro acompanhante assistir ao parto	20%	26%	44%	10%	100%
Permitir filmagem do parto	2%	14%	42%	42%	100%
Relacionados ao bebê					
Exame do pezinho realizado no próprio hospital	90%	6%	0%	4%	100%
Imediata identificação da mãe e bebê	96%	4%	0%	0%	100%
Retorno progressivo Cicatrização do umbigo, etc	92%	8%	0%	0%	100%
Relacionados à diária hospitalar					
Internação em ala exclusiva (sem presença de outros tipos de doentes, homens ou mulheres)	76%	24%	0%	0%	100%
Permissão para filhos menores visitarem a mãe	38%	42%	16%	4%	100%
O bebê ficar no mesmo quarto que a mãe	62%	30%	6%	2%	100%
Instalações asseadas	92%	8%	0%	0%	100%
Roupas de cama e banho limpas	86%	14%	0%	0%	100%
Serviço de psicologia hospitalar para a parturiente	38%	52%	8%	2%	100%
Alimentação	46%	48%	6%	0%	100%
Enfermagem eficiente e cordial	84%	16%	0%	0%	100%
Recepção e check-out rápido e cordial	58%	36%	4%	2%	100%
Serviço de manicuro e pedicuro	2%	0%	24%	74%	100%
Serviço de cabeleireiro	2%	0%	22%	76%	100%
Entretenimento	4%	18%	48%	30%	100%
Ambiente climatizado	24%	46%	26%	4%	100%
Serviço telefônico	32%	52%	14%	2%	100%
Frigobar	14%	30%	36%	20%	100%
Estacionamento	28%	48%	20%	4%	100%

Grau de importância dos atributos do pacote cesariana - GI

Itens	4	3	2	1	Grau de importância dos atributos
Relacionados à cirurgia					
Não sentir dor durante nem após a cirurgia	3,4400	0,4200	0,0000	0,0000	3,8600
Não sentir náuseas após a cirurgia	2,9600	0,6600	0,0800	0,0000	3,7000
Retorno progressivo à saúde da parturiente - contração do útero, cicatrização normal, não contrair infecção, etc.	3,9200	0,0600	0,0000	0,0000	3,9800
Permitir ao pai do bebê ou outro acompanhante assistir ao parto	0,8000	0,7800	0,8800	0,1000	2,5600
Permitir filmagem do parto	0,0800	0,4200	0,8400	0,4200	1,7600
Relacionados ao bebê					
Exame do pezinho realizado no próprio hospital	3,6000	0,1800	0,0000	0,0400	3,8200
Imediata identificação da mãe e bebê	3,8400	0,1200	0,0000	0,0000	3,9600
Retorno progressivo Cicatrização do umbigo, etc	3,6800	0,2400	0,0000	0,0000	3,9200
Relacionados à diária hospitalar					
Internação em ala exclusiva (sem presença de outros tipos de doentes, homens ou mulheres)	3,0400	0,7200	0,0000	0,0000	3,7600
Permissão para filhos menores visitarem a mãe	1,5200	1,2600	0,3200	0,0400	3,1400
O bebê ficar no mesmo quarto que a mãe	2,4800	0,9000	0,1200	0,0200	3,5200
Instalações asseadas	3,6800	0,2400	0,0000	0,0000	3,9200
Roupas de cama e banho limpas	3,4400	0,4200	0,0000	0,0000	3,8600
Serviço de psicologia hospitalar para a parturiente	1,5200	1,5600	0,1600	0,0200	3,2600
Alimentação	1,8400	1,4400	0,1200	0,0000	3,4000
Enfermagem eficiente e cordial	3,3600	0,4800	0,0000	0,0000	3,8400
Recepção e check-out rápido e cordial	2,3200	1,0800	0,0800	0,0200	3,5000
Serviço de manicuro e pedicuro	0,0800	0,0000	0,4800	0,7400	1,3000
Serviço de cabeleireiro	0,0800	0,0000	0,4400	0,7600	1,2800
Entretenimento	0,1600	0,5400	0,9600	0,3000	1,9600
Ambiente climatizado	0,9600	1,3800	0,5200	0,0400	2,9000
Serviço telefônico	1,2800	1,5600	0,2800	0,0200	3,1400
Frigobar	0,5600	0,9000	0,7200	0,2000	2,3800
Estacionamento	1,1200	1,4400	0,4000	0,0400	3,0000

Apêndice C - Roteiro para entrevista com os gestores da entidade pesquisada

Prezado Sr (a)

Este questionário tem como objetivo colher detalhes da gestão do hospital, especificamente em relação à gestão de preços, custos e resultados do Parto com Cesariana.

Estes dados serão objeto de análise na minha dissertação de Mestrado em Controladoria e Contabilidade, a ser apresentada à Universidade de São Paulo, sob o título “Custeio Alvo em serviços hospitalares”, na medida em que as mesmas não coloquem em risco a imagem da instituição.

Sinceros agradecimentos.

Reinaldo Rodrigues Camacho

- 1) Como é estabelecido o preço do Parto com Cesariana com internação em apartamento Standard, realizados em pacientes particulares, e com que periodicidade?

- 2) Como é estabelecido o preço do Parto com Cesariana com internação em apartamento Standard, realizados em pacientes conveniados, e com que periodicidade?

- 3) Como é estabelecida ou definida a margem-alvo de lucro ou outras margens desejadas ou requeridas pelos administradores para os materiais e medicamentos utilizados no parto com cesariana?

- a) ☐ Sobre o custo variável, adiciona-se um valor (margem de contribuição) considerado a suficiente para cobrir todos os custos fixos de produção e despesas e ainda gerar o lucro desejado.
- b) ☐ Sobre o custo de produção total: (variável e fixo), adiciona-se um valor (margem bruta) considerado suficiente para cobrir os custos administrativos (despesas) e o lucro operacional desejado.
- c) ☐ Sobre o custo pleno: custos variáveis, fixos e administrativos, adiciona-se o lucro operacional desejado.
- d) ☐ Percentual sobre os investimentos realizados
- e) ☐ Não trabalhamos com uma margem definida
- f) ☐ Não sei
- g) ☐ Outras margens. Especificar _____

4. Como é estabelecida ou definida a margem-alvo ou outras margens desejadas ou requeridas pelos administradores para as diárias, taxas e demais procedimentos realizados no parto com cesariana com internação em apartamento Standard?

- a) ☐ Sobre o custo de produção total: (variável e fixo), adiciona-se um valor (margem bruta) considerado suficiente para cobrir os custos administrativos (despesas) e o lucro operacional desejado.
- b) ☐ Sobre o custo de produção total: (variável e fixo), adiciona-se um valor (margem bruta) considerado suficiente para cobrir os custos administrativos (despesas) e o lucro operacional desejado.
- c) ☐ Sobre o custo pleno: custos variáveis, fixos e administrativos, adiciona-se o lucro operacional desejado.
- d) ☐ Percentual sobre os investimentos realizados
- e) ☐ Não trabalhamos com uma margem definida
- f) ☐ Não sei
- g) ☐ Outras margens. Especificar _____

- 5) Quais são as medidas que a direção do hospital tem adotado para atingir, manter ou melhorar seu equilíbrio econômico e financeiro ? Existem, na sua opinião, subsídios cruzados?

Esta pergunta justifica-se pelo fato de que neste hospital, a receita proveniente dos convênios de saúde tem representado, ao longo dos últimos cinco anos (de 1999 a 2003), cerca de 80% da receita total, e as demonstrações contábeis no mesmo período indicam margens de lucro operacional próximas a zero. Além disso, a análise dos contratos que a instituição mantém com os planos de saúde indica que os reajustes nos preços quando efetuados, ocorrem após extensos períodos de tempo.

- 6) Como a empresa se relaciona com seus principais fornecedores? Existem ou é possível estabelecer parcerias com fornecedores de medicamentos, materiais e serviços com o objetivo de otimizar os custos?

- 7) No quadro abaixo, estão relacionados os atributos de um **Parto com Cesariana com internação em apartamento Standard**. Quais os ativos ou serviços de terceiros envolvidos no atendimento dos atributos deste serviço?

Atributos	Ativos ou serviços de terceiros envolvidos	Itens de custos derivados
Relacionados à cirurgia		
• Não sentir dor durante nem após a cirurgia		
• Não sentir náuseas após a cirurgia		
• Retorno progressivo à saúde da parturiente – contração do útero, cicatrização normal, não contrair infecção, etc.		
• Permitir ao pai do bebê ou outro acompanhante assistir ao parto		

• Permitir filmagem do parto		
Relacionados ao bebê		
• Exame do pezinho realizado no próprio hospital		
• Imediata identificação da mãe e bebê		
• Retorno progressivo à saúde do bebê – Cicatrização do umbigo, não contrair infecção, etc.		
Relacionados à diária hospitalar		
• Internação em ala exclusiva (sem presença de outros tipos de doentes, homens ou mulheres)		
• Permissão para filhos menores visitarem a mãe		
• O bebê ficar no mesmo quarto que a mãe		
• Instalações asseadas		
• Roupas de cama e banho limpas		
• Serviço de psicologia à disposição da parturiente		
• Alimentação – dieta normal (vide cardápio abaixo)		
• Enfermagem eficiente e cordial		
• Recepção e <i>check-out</i> rápido e cordial		
• Serviço de manicuro e pedicuro		
• Serviço de cabeleireiro		
• Entretenimento		
• Ambiente climatizado		
• Serviço telefônico		
• Frigobar		
• Estacionamento		

Cardápio básico para uma parturiente, considerando uma dieta normal:

Café da manhã: café (250 ml), chá (250 ml) e leite (250 ml), 1 pão mini-francês, 1 mini-pão de leite, 2 fatias de queijo, 2 fatias de presunto, 1 sachê de margarina, 1 sachê de geléia, 2 biscoitos de água e sal, 2 biscoitos de leite, 2 torradas, e uma fruta.

Almoço: Arroz, feijão, um tipo de carne, um acompanhamento à base de legumes ou massa, três tipos de salada e sobremesa.

Lanche da tarde: idêntico ao café da manhã exceto pelo queijo e presunto; o chá é opcional.

Jantar: cardápio idêntico ao almoço.

Ceia: composta de chá (250 ml) com bolachas de água e sal e leite (2 unidades cada)

Apêndice D - Relação de atributos do parto com cesariana com internação em apartamento *Standard*, ativos e serviços de terceiros envolvidos e itens de custos derivados.

Atributos	Ativos ou serviços de terceiros envolvidos	Itens de custos derivados
Relacionados à cirurgia		
<ul style="list-style-type: none"> • Não sentir dor durante nem após a cirurgia • Não sentir náuseas após a cirurgia • Retorno progressivo à saúde da parturiente – contração do útero, cicatrização normal, não contrair infecção, etc. • Imediata identificação da mãe e bebê • Retorno progressivo à saúde do bebê – Cicatrização do umbigo, não contrair infecção, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais hospitalares • Medicamentos • Pessoal • Equipamentos hospitalares • Energia Elétrica • Central de esterilização 	<ul style="list-style-type: none"> • Custo dos Materiais hospitalares • Custo dos Medicamentos • Remuneração de pessoal • Encargos e benefícios sociais • Depreciação • Despesas com energia elétrica
<ul style="list-style-type: none"> • Permitir ao pai do bebê ou outro acompanhante assistir ao parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Irrelevantes 	
<ul style="list-style-type: none"> • Permitir filmagem do parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Irrelevantes 	
<ul style="list-style-type: none"> • Exame do pezinho realizado no próprio hospital 	<ul style="list-style-type: none"> • Item não incluso no pacote 	
Relacionados à diária hospitalar		
<ul style="list-style-type: none"> • Internação em ala exclusiva (sem presença de outros tipos de doentes, homens ou mulheres) 	<ul style="list-style-type: none"> • Item não incluso no pacote 	
<ul style="list-style-type: none"> • Permissão para filhos menores visitarem a mãe 	<ul style="list-style-type: none"> • Irrelevantes 	
<ul style="list-style-type: none"> • O bebê ficar no mesmo quarto que a mãe 	<ul style="list-style-type: none"> • Irrelevantes 	
<ul style="list-style-type: none"> • Instalações asseadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Máquinas e equipamentos • Material de consumo em estoque • Pessoal 	<ul style="list-style-type: none"> • Remuneração de pessoal • Encargos e benefícios sociais • Depreciação • Material de consumo • Energia elétrica • Água
<ul style="list-style-type: none"> • Roupas de cama e banho limpas 	<ul style="list-style-type: none"> • Máquinas e equipamentos • Material de consumo em estoque • Energia elétrica • Água 	<ul style="list-style-type: none"> • Remuneração de pessoal • Encargos e benefícios sociais • Depreciação • Material de consumo • Energia Elétrica • Água

<ul style="list-style-type: none"> • Serviço de psicologia à disposição da parturiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Pessoal 	<ul style="list-style-type: none"> • Remuneração de pessoal • Encargos e benefícios sociais
<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação 	<ul style="list-style-type: none"> • Prédio • Instalações • Utensílios de cozinha • Gêneros alimentícios • Equipamentos • Eletrodomésticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Custo dos Gêneros alimentícios • Gás de cozinha • Remuneração de pessoal • Encargos e benefícios sociais • Depreciação • Água • Energia elétrica
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermagem eficiente e cordial 	<ul style="list-style-type: none"> • Pessoal 	<ul style="list-style-type: none"> • Remuneração de pessoal • Encargos e benefícios sociais • Material de expediente
<ul style="list-style-type: none"> • Recepção e <i>check-out</i> rápido e cordial 	<ul style="list-style-type: none"> • Prédio • Instalações • Móveis e utensílios • Equipamentos • Softwares 	<ul style="list-style-type: none"> • Remuneração de pessoal • Encargos e benefícios sociais • Energia elétrica • Depreciação • Material de expediente • Despesas com telefone
<ul style="list-style-type: none"> • Serviço de manicuro e pedicuro 	<ul style="list-style-type: none"> • Item não incluso no pacote 	
<ul style="list-style-type: none"> • Serviço de cabeleireiro 	<ul style="list-style-type: none"> • Item não incluso no pacote 	
<ul style="list-style-type: none"> • Entretenimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Aparelho de televisão 	<ul style="list-style-type: none"> • Depreciação • Manutenção • Energia elétrica
<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente climatizado 	<ul style="list-style-type: none"> • Aparelho de ar-condicionado 	<ul style="list-style-type: none"> • Depreciação • Manutenção • Energia elétrica
<ul style="list-style-type: none"> • Serviço telefônico 	<ul style="list-style-type: none"> • Aparelho telefônico 	<ul style="list-style-type: none"> • Depreciação • Custo das ligações
<ul style="list-style-type: none"> • Frigobar 	<ul style="list-style-type: none"> • Frigobar 	<ul style="list-style-type: none"> • Depreciação • Manutenção • Energia elétrica
<ul style="list-style-type: none"> • Estacionamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Terreno e benfeitorias 	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção • Limpeza/Jardinagem • Remuneração de pessoal • Encargos sociais • Energia elétrica • Água