

CUSTEIO ALVO EM SERVIÇOS HOSPITALARES

UM ESTUDO SOB O ENFOQUE DA GESTÃO ESTRATÉGICA DE CUSTOS

Autores

REINALDO RODRIGUES CAMALHO

Universidade de São Paulo

WELINGTON ROCHA

Universidade de São Paulo

RESUMO

Neste trabalho os autores verificaram a viabilidade de aplicação do Custeio Alvo em serviços hospitalares. Como produto teste da pesquisa, elegeu-se a cesariana realizada por meio de planos de saúde, com internação em apartamentos *Standard*. Para alcançar os objetivos da pesquisa aplicou-se o método de estudo de caso único e utilizaram-se diversas fontes de dados, tais como: levantamento bibliográfico, aplicação de questionário, realização de entrevistas, observação direta dos processos e atividades e análise e interpretação de relatórios contábeis, financeiros e administrativos da entidade hospitalar objeto do estudo. O questionário foi aplicado a um grupo de cinquenta mulheres, com o objetivo de verificar sua percepção em relação ao grau de importância de cada um dos principais atributos do produto teste. As entrevistas, realizadas com os principais gestores da entidade, tiveram o objetivo de verificar como são estabelecidos preços e margens. 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. Os resultados mostraram que o processo de Custeio Alvo pode ser aplicado, com sucesso, a entidades hospitalares.

Palavras-chave: custo, alvo, serviços, hospitalares, cesariana.

1 INTRODUÇÃO

A omissão, aliada à incompetência dos governos brasileiros, na área de saúde, vem de longa data. Embora haja algumas ilhas de excelência, a situação predominante da saúde pública no país é ruim; com frequência os meios de comunicação mostram pessoas sofrendo nas filas dos hospitais públicos, esperando atendimento. Diante disso, aqueles que têm condições financeiras optam por associar-se a um plano de saúde que lhes dê cobertura pois, do contrário, dependerão da assistência precária do governo. Segundo a Agência Nacional de Saúde (2004), mais de 37 milhões de pessoas encontram-se amparadas por um plano e existem mais de duas mil empresas operadoras.

Os planos de saúde, constituindo-se em monopólios ou em oligopólios regionais, detêm forte poder de negociação perante os hospitais, influenciando os preços, e a pressão exercida, ao longo do tempo, tende a reduzir a rentabilidade dos hospitais, comprometendo a

qualidade dos serviços e a continuidade dos negócios.

A formação de preços de serviços hospitalares com base nos custos é inviável. Dados os preços impostos pelos planos de saúde, é imperioso operar a um custo que garanta a justa remuneração do capital investido e a continuidade da empresa. Este é o foco do problema.

Assim, o principal objetivo deste estudo foi testar a aplicabilidade do processo de Custeio Alvo em entidades e produtos hospitalares e, para isso, optou-se por uma pesquisa exploratória do tipo estudo de caso único. Utilizaram-se como fontes de dados: levantamento bibliográfico, questionário, entrevistas, observação direta dos processos e atividades e relatórios contábeis, financeiros e administrativos da entidade objeto do estudo de caso.

Como entidade objeto de estudo foi selecionado um hospital da cidade de Maringá-PR e como produto da pesquisa o parto com cesariana¹ via planos de saúde, com internação em apartamento *Standard*². Os dados utilizados referem-se ao ano de 2003.

Como delimitação, a pesquisa não entrou no mérito dos métodos de custeio utilizados pela entidade; tampouco se ocupou em verificar se as margens de lucro estabelecidas como metas eram ou não consistentes com seus planos estratégico e operacional.

2 PLATAFORMA TEÓRICA

Custeio Alvo é um instrumento da gestão estratégica de custos.

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 esse o enfoque.

Para Camacho (2004, p.18) “o Custeio Alvo é um processo de gerenciamento de custos por meio do qual se busca o alcance do custo alvo”; visa, fundamentalmente, o alcance do lucro. Sendo o lucro a variável dependente das receitas e dos custos e considerando-se que o Custeio Alvo é fortemente recomendável em situações onde exista pouca ou nenhuma possibilidade de gestão dos preços (receitas), resta, como opção, concentrar esforços na gestão dos custos.

Com relação ao conceito do custo alvo, Rocha (1999, p. 126), 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.

Logo, custo alvo é 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.

Com o objetivo de demonstrar o conceito do custo alvo elaborou-se um exemplo

¹ 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.

² 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.

numérico, evidenciando-o na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1 - Custo Alvo

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

Justifica-se o uso desse termo, pois essa diferença é móvel, assim como pode ser um alvo. Isso significa que a diferença vai se modificando à medida que são feitas alterações no projeto e no custo estimado.

2.1 O processo de Custeio Alvo

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. Cada uma destas fases é explicada a seguir:

Pesquisa de mercado. Fornece informações sobre necessidades e anseios dos consumidores, define 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 que os consumidores estariam dispostos a pagar.

Margem desejada. É o retorno econômico esperado do produto. Pode ser a Margem de Contribuição, Margem Bruta ou Margem Operacional, dependendo do método de custeio utilizado, e pode ser expressa tanto em valores absolutos como em percentual sobre as vendas.

Custo máximo admissível. É a diferença entre o preço de mercado e a margem desejada. Deve ser comparado com o custo estimado e a diferença entre ambos, que é o custo alvo, representa o valor que deverá ser ajustado antes que o produto entre no processo de produção.

3 O PROCESSO DE CUSTEIO ALVO NA EMPRESA PESQUISADA

3.1 Definição do Preço Alvo e da Margem Objetivada para o Pacote Cesariana³

Como preço alvo do pacote foi utilizado um valor hipotético; é hipotético por não ter sido obtido por meio de ampla pesquisa junto aos planos de saúde. No entanto, estabeleceu-se um preço médio entre aqueles que os planos vinham oferecendo ao hospital pelo pacote cesariana⁴. O Preço Alvo do pacote foi definido em R\$800,00⁵ (oitocentos reais), independentemente do volume de cesarianas realizadas. 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 vista⁶.

A direção da empresa sugeriu trabalhar com 22,5% de Margem Operacional alvo, aplicados sobre o preço de venda líquido; a partir daí, foi possível calcular a Margem Operacional alvo em valor absoluto, demonstrada na tabela a seguir:

Tabela 2 - Cálculo da Margem Operacional Objetivada por pacote

Descrição	Valor
Preço de Venda Bruto	800,00
(-) Impostos 7,03% ⁷	56,24
(=) Preço de Venda Líquido	743,76
Margem Operacional alvo (743,76 x 0,225)	167,35

3.2 Cálculo do Custo Máximo Admissível por Pacote

Conhecidos o preço alvo e a margem objetivada, o próximo passo foi calcular o custo máximo admissível, que consiste em confrontar o preço de venda líquido com a margem

³ No pacote cesariana estão inclusos as diárias, as taxas e todos os medicamentos e materiais consumidos, exceto os honorários médicos – O plano de saúde paga um único valor pelo pacote todo.

⁴ Como os custos estimados referem-se ao ano de 2003, este preço também é relativo ao mesmo ano.

⁵ Preço bruto (impostos inclusos).

⁶ O correto é trazer o preço a prazo a valor presente.

⁷ 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%. Alíquotas vigentes à época da realização da pesquisa.

objetivada.

Tabela 3 - Cálculo do Custo Máximo do pacote - Em Reais

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

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

3.3 Cálculo do Custo Estimado (CE)⁸

Para se estimar o custo do pacote cesariana, deve-se computar todos os recursos materiais e humanos para o atendimento da paciente e do bebê identificando-se, de forma detalhada, os recursos relevantes e, em seguida, custeá-los.

Tabela 4 - Custo Estimado do pacote cesariana - Em Reais

Componente	Valor	%
Materiais hospitalares	98,64	16,03%
Medicamentos hospitalares	48,31	7,85%
Diárias apartamento Standard (2 dias)	200,16	32,52%
Diárias berçário (2 dias)	157,32	25,56%
Taxa de uso de sala centro cirúrgico (2 horas)	111,00	18,04%
Total	615,43	100,00%

3.4 Comparação do Custo Máximo Admissível com o Custo Estimado

Conhecido o custo estimado do pacote, o passo seguinte foi compará-lo ao máximo admissível, para obtenção do custo alvo:

Tabela 5 - Comparação do Custo Estimado com o Custo Meta do pacote

Descrição	Valor
Custo Estimado (Tabela 4)	615,43
Custo máximo admissível (Tabela 3)	576,41
Custo Alvo em Reais	39,02
Custo Alvo em % do estimado	6,34%

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

Quando a diferença (*gap*) entre o Custo Máximo e o 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; isso permitiu a

⁸ A entidade pesquisada utiliza o Custeio Pleno para o cálculo do custo estimado.

alteração do projeto do serviço, visando eliminar o Custo Alvo de R\$39,02.

Nesta etapa utilizou-se a pesquisa realizada com o grupo de 50 mulheres para avaliar o grau de importância por elas atribuído a cada atributo do serviço (parto cesariana). Cada atributo foi pontuando de 1 a 4 conforme a escala Likert (4 – muito importante; 3 – importante; 2 – pouco importante; 1 – dispensável). As respostas foram tabuladas em termos absolutos, ou seja, a quantidade de respondentes em cada opção de resposta; depois, transformadas em termos percentuais. Por último, calculou-se a média ponderada, considerando-se o percentual de respondentes em cada opção e o respectivo grau de importância.

Os atributos, com seus respectivos graus de importância, estão listados na tabela a seguir:

Tabela 6 - Grau de importância dos atributos da cesariana

Itens	4	3	2	1	Grau de importância para as mulheres ⁹
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
• 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					
• 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
• Entretenimento	0,1600	0,5400	0,9600	0,3000	1,9600
• Ambiente climatizado	0,9600	1,3800	0,5200	0,0400	2,9000
• Frigobar	0,5600	0,9000	0,7200	0,2000	2,3800

O próximo passo foi a identificação os recursos necessários para atender cada um dos atributos do serviço. Foram, então, extraídos da Tabela 6 todos os atributos que pudessem ser relacionados com recursos e seus respectivos custos, em um total de quatorze. 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:

⁹ Média ponderada obtida pelo percentual de preferência em cada opção multiplicado pelo pela respectiva escala de importância.

Tabela 7 – 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%
• Roupas de cama e banho limpas	3,8600	7,97%	Materiais de limpeza	40	3,24%
• Serviço de psicologia hospitalar para a parturiente	3,2600	6,73%	Produtos de lavanderia	50	3,98%
• Alimentação	3,4000	7,02%	Água da lavanderia	20	1,59%
			Energia elétrica lavanderia	10	0,80%
			Pessoal de lavanderia	15	1,20%
			Outros custos lavanderia	5	0,40%
				0	0,00%
• Enfermagem eficiente e cordial	3,8400	7,93%	Pessoal psicologia	100	6,73%
• Recepção e <i>check-out</i> rápido e cordial	3,5000	7,23%	Gêneros alimentícios	80	5,62%
			Pessoal da cozinha	15	1,05%
			Outros custos da cozinha	5	0,35%
• Entretenimento	1,9600	4,05%	Pessoal de enfermagem	100	7,93%
• Ambiente climatizado	2,9000	5,98%	Pessoal de recepção	95	6,87%
• Frigobar	2,3800	4,91%	Outras despesas de recepção	5	0,36%
			TV – Depreciação	100	4,05%
			Ar-Cond. - Depreciação	100	5,98%
			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 pois seu atendimento depende, basicamente, dos ‘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)’ (Tabela 7), bem como “Custo Relativo” (CR) e “Índice de Valor” (IV) (Tabela 8) são explicados a seguir.

Grau de Importância Relativa do Atributo

Representa, em termos proporcionais, sob a ótica dos consumidores, o quanto importante é o atributo, no conjunto de atributos. É medido pela seguinte fórmula:

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

Veja-se o cálculo do grau de importância relativa do atributo ‘instalações asseadas’:

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

Grau de Importância Relativa do Recurso (IR)

Representa, em termos proporcionais, o quanto cada recurso é importante dentro do conjunto de recursos, considerando-se o grau de importância do respectivo atributo, ponderado pela sua contribuição para prover aquele atributo.

É resultante da multiplicação do Grau de Importância Relativa do Atributo pelo percentual de contribuição do recurso. Exemplificando, o IR do recurso ‘medicamentos’ foi obtido pela multiplicação de 40,09% (grau de importância em %) por 60% (contribuição do recurso para o atributo), o que resultou em 24,06% de IR.

Custo Relativo (CR)

O Custo Relativo (CR) de cada recurso mede, em termos proporcionais, o quanto seu custo 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. Representa a relação entre a importância relativa de um recurso e seu custo relativo. Índices de Valor acima de 1 significam que o Custo Relativo do recurso é menor que o seu grau de importância relativa e IV abaixo de 1 significa que o Custo Relativo do recurso é superior ao seu grau de importância relativa. O objetivo é que o IV fique próximo a 1, alcançando, assim, uma situação de equilíbrio entre as funções do recurso e seu respectivo custo.

O cálculo do CR e do IV dos recursos do pacote cesariana é demonstrado a seguir:

Tabela 8 - 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			

(*) estes itens 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.

3.6 Modificação no projeto do Pacote

A equipe, de posse dessas informações, reuniu-se, com o objetivo de encontrar alternativas para eliminar o *gap* de R\$39,02 e limitar o custo ao máximo permissível de R\$576,41.

Inicialmente, concentrou-se no custo dos recursos que apresentavam Índices de Valor menores que 1¹⁰ e, visando obter resultados significativos, decidiu concentrar esforços nos itens de custos mais relevantes. Assim, foram selecionados e analisados os recursos:

¹⁰ Estes índices devem ser aumentados.

‘materiais’, ‘pessoal de enfermagem’ e ‘outras despesas administrativas gerais’ cuja soma, R\$409,67¹¹, representava 66,5% do custo estimado total (R\$615,43). Isto não quer dizer que tenha havido um retorno à análise tradicional de custos, na qual os itens mais relevantes são os candidatos a reduções; neste caso, antes disso, observou-se o IV do recurso, que reflete a voz do consumidor. O recurso ‘medicamentos’, por exemplo, mesmo representando 7,85% do custo total, não era passível de redução, pois apresentava IV = 3,07.

Quanto aos materiais, analisou-se cuidadosamente cada item. Com exceção dos fios para sutura, todos os demais estavam com preços mais baixos ou iguais aos dos fornecedores concorrentes. Assim, a análise concentrou-se nos fios para sutura. A equipe tinha esperanças de conseguir significativa redução de custo neste item, uma vez que o seu valor (R\$59,58) representava 60,4% do custo total com materiais (R\$98,64). Para esse item, o hospital possui um fornecedor exclusivo, líder do mercado, que comercializa todos os tipos de fios e que sempre garantiu preços menores que seu concorrente e; além disso, era o único que fabricava fios absorvíveis¹² de origem sintética.

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

O parecer frustrou as expectativas da equipe. Segundo os médicos, os resultados são melhores quando se usa o fio sintético: com ele, as reações inflamatórias são menores ou inexistentes e apresentam sempre o mesmo poder de tensão, o que não é garantido pelos de origem animal. Assim, apesar de não se ter conseguido reduções de custos nos materiais, a equipe deu-se por satisfeita, pois o importante é manter-se dentro dos parâmetros de qualidade estabelecidos.

Com relação ao recurso ‘pessoal de enfermagem’, cujo Índice de Valor era 0,31, foi possível obter redução de custo, com a modificação do projeto do serviço. Dentre os atributos avaliados pelas mulheres, encontra-se ‘o bebê ficar no mesmo quarto que a mãe’, cujo grau de importância é 3,52 (tabela 6). Atualmente, os bebês ficam no berçário, separados das mães. Não haveria custo adicional para atender a esse atributo; ao contrário, com os bebês passando o tempo todo ao lado das mães, é possível reduzir o tempo e a quantidade de enfermeiras lotadas no berçário. O número de enfermeiras por leito é uma informação que o hospital não revelou; contudo a modificação no projeto do serviço permitiria a redução de, pelo menos, duas pessoas no quadro de enfermagem do berçário, sem prejudicar a qualidade do atendimento. A equipe estimou uma economia anual em torno de R\$32.846,00 no berçário. Como a ocupação planejada do berçário para o ano é de 2.920 diárias, ao dividirmos os R\$32.846,00 por 2.920 obtemos R\$11,25 de economia para cada diária; assim, para dois dias de internação, chegou-se à economia de R\$22,50.

Quanto às ‘outras despesas administrativas gerais’ que, de acordo com a Tabela 8, representam 18,97% do custo total, e cujo IV era aproximadamente zero, a equipe verificou que só seria possível obter redução no custo modificando o projeto do serviço. O faturamento dos serviços prestados pelo sistema de pacotes simplifica drasticamente as tarefas dos setores de faturamento e emissão de guias do hospital. Com isso, seria possível reduzir em 50% o quadro funcional nestas áreas. A equipe estimou uma economia anual de R\$77.032,00 nestes

¹¹ Vide Tabela 8.

¹² Tipo de fio utilizado em suturas internas. Com o tempo este fio é totalmente absorvido pelo organismo da pessoa.

setores. Desse montante, considerando-se os critérios de alocação de custos utilizados pela entidade, o custo anual da Maternidade seria reduzido em R\$29.810,00 (R\$10,20¹³ no pacote), enquanto que o custo anual do Berçário seria reduzido em R\$14.092,00 (R\$9,66¹⁴ 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 em valor absoluto, as reduções conseguidas não seriam relevantes, ou seja, apesar de possíveis, as economias alcançadas seriam inferiores ao custo de obtê-las.

Com relação aos recursos cujo IV era maior que 1, a equipe decidiu não tomar nenhuma providência. Nestes casos, o custo relativo do recurso é menor que sua importância relativa. Em outras palavras, são recursos com os quais se gasta relativamente pouco mas que trazem grandes benefícios para o consumidor. Dessa forma, desde que não se comprometesse a margem de lucro alvo, seria possível até mesmo aumentar os valores gastos com eles.

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

Tabela 9 - 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

3.7 Recálculo do Custo Estimado

Em face das alterações realizadas, elaborou-se uma nova estimativa dos custos para verificar se o custo máximo admissível havia sido atingido, conforme demonstrado a seguir:

Tabela 10 - 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 tiveram reflexo direto no custo das diárias hospitalares do apartamento e do berçário: o custo dos dois dias de internação caiu de R\$200,16 para R\$189,96 nos apartamentos e de R\$157,32 para R\$125,16 no berçário. O custo dos demais componentes (medicamentos, materiais e taxa de uso de sala do centro cirúrgico) permaneceu constante.

¹³ R\$29.810,00 dividido por 5.840 diárias estimadas anuais = R\$5,10 por diária x 2 diárias = R\$10,20 no pacote

¹⁴ R\$14.092,00 dividido por 2.920 diárias estimadas anuais = R\$4,83 por diária x 2 diárias = R\$9,66 no pacote

3.8 Comparação do Custo Máximo Admissível com o Novo Custo Estimado

Tabela 11 - Comparação entre o Novo Custo Estimado e o Custo Máximo Admissível

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

A pequena diferença, de R\$3,34, significa que o custo alvo foi superado.

3.9 Relançamento do produto

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

Tabela 12 - 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% foi 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 valor a título de inadimplência. Caso existisse um histórico de perdas nos recebíveis, elas deveriam ser estimadas e computadas; e se a previsão para perdas afetasse a Margem Alvo, seria necessário recalcular um novo Custo Alvo e o processo do Custeio Alvo seria retomado desde o início.

3.10 Outras considerações sobre o Custeio Alvo em entidades hospitalares

Exceto materiais e medicamentos, praticamente todos os demais custos são fixos; este fato contribuiu para a decisão do hospital em trabalhar com o Custeio Pleno. Por este método de custeio, todos os custos, fixos e variáveis, inclusive os de administração, são apropriados e alocados aos produtos. Isso tornou difícil a tarefa de relacionar certos recursos aos atributos.

Ray (2001, p, 42), afirma que qualquer serviço ou produto hospitalar tem entre 20% e 30% de custos desnecessários, cujos recursos não adicionam valor e, portanto, poderiam ser eliminados sem afetar seus atributos.

A implementação do Custeio Alvo requer a participação de várias áreas da empresa. A área de *Marketing* é responsável pela pesquisa de mercado; Controladoria pela elaboração das planilhas de custos; Compras, por estabelecer limites de preços dos componentes de custos; Enfermagem, na reestruturação de seu quadro funcional para ficar compatível com a estrutura de leitos montada após as modificações implementadas e Diretoria Administrativa coordenando reuniões da equipe e definindo o momento em que o Custeio Alvo atingiu o

patamar aceitável.

No Custeio Alvo, a voz do consumidor deve orientar todo o processo. Isto ficou evidente quando o recurso 'medicamentos', que representava 7,85% do custo total da cesariana, não foi objeto de redução. Na forma tradicional de gestão de custos, este item seria um candidato a sofrer cortes, talvez utilizando-se medicamentos genéricos, mais baratos. 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 pelos consumidores.

4 CONCLUSÃO

Os achados da pesquisa levaram à conclusão de que a filosofia, os princípios e o processo de Custeio Alvo podem ser aplicados, com êxito, em entidades hospitalares.

Conclui-se que a utilização do Custeio Alvo pelo segmento hospitalar pode representar um diferencial significativo para que estas instituições tenham êxito no alcance de seus objetivos.

Por se tratar de estudo de caso, a generalização deve ser em relação às proposições teóricas e não a populações ou universos. Isto quer dizer que não existe impedimento no sentido de se reproduzir esta pesquisa em outros hospitais, desde que obedecidas e melhoradas as técnicas e os métodos aqui utilizados. 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 intencional, não aleatória.

Pode não ser suficiente, para a recuperação ou manutenção da saúde financeira dos hospitais, recorrer apenas a um instrumento de gestão estratégica de custos, tal como o Custeio Alvo. Mano (2004, p. 66-68), mostra os resultados obtidos pelo hospital Albert Einstein no ano de 2003, bem como as principais estratégias utilizadas para expandir os negócios.

A situação-problema narrada nesta pesquisa não é exclusiva dos hospitais privados; nos públicos os problemas são tão ou mais graves. Os recursos são limitados e, na maioria das vezes, insuficientes. Diante disso, por que não se utilizar a filosofia, os princípios e a metodologia do Custeio Alvo também em hospitais públicos? Até mesmo hospitais sem fins lucrativos, públicos ou privados, deveriam sempre obter resultados econômicos positivos. Nada impede que tais entidades, inclusive as filantrópicas, auferam *superavits* em suas atividades, os quais devem ser revertidos em benefício de seus objetivos assistenciais.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – ANS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 15/02/2004.

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.

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.

CAMACHO, R. R. **Custeio Alvo em serviços hospitalares**: um estudo sob o enfoque da gestão estratégica de custos. 2004. 166p. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo.

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.

ELLRAM, 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.

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

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

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.

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

MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de custos**. 9.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

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

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

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.

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.

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.

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.

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