

ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DE CUSTOS EM OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE¹

COST REDUCTION STRATEGIES IN HEALTH PLAN OPERATORS

Ana Virgínia Feitosa Martins²

Maria da Glória Arrais Peter³

Marcus Vinicius Veras Machado⁴

Ana Maria Fontenelle Catrib⁵

Resumo: O objetivo deste artigo é investigar que estratégias podem contribuir para a redução de custos em operadoras de planos de saúde. Utilizou-se uma pesquisa bibliográfica e documental, com estudo de caso em uma operadora de planos de saúde de grande porte, sediada em Fortaleza. Foram analisados documentos da operadora em estudo e realizadas entrevistas semi-estruturadas com os principais atores envolvidos no processo. Constatou-se que a principal estratégia para a redução de custos utilizada pela operadora é a medicina preventiva terciária, denominada *home care*, que apresenta reduções de custos nas diárias dos pacientes e no oxigênio utilizado nas internações. Observou-se que existe a preocupação da empresa na manutenção da qualidade dos serviços oferecidos e que o percentual de redução, varia entre 50% e 80%, para os casos analisados. Constatou-se, ainda, a utilização das estratégias de redução de custos *Kaizen* e *Just in Time* nos procedimentos e processos realizados.

Palavras-chave: Redução de Custos. Gestão Estratégica de Custos. Planos de Saúde.

Abstract: The purpose of this article is to investigate which strategies can help reduce costs in health plan operators. A literature review and documents analysis was carried out. In addition, a case study was conducted in a large health plan carrier in the city of Fortaleza. Documents were analyzed of the company under study and were employed semi-structured interviews with the key actors involved. It was found that the main strategy for reducing costs used by that company is the tertiary preventive medicine, called home care, which has reduced cost in the rates of patients and oxygen used into medical services. It was observed that there is a concern from the company in maintaining the quality of services offered and the percentage of reduction varies between 50% and 80% for the cases analyzed. It was also found the use of strategies to reduce Kaizen costs and JIT in the procedures and process performed.

Key-words: Cost Reduction. Strategic Cost Management. Private Health Insurance.

¹Artigo apresentado no XVII Congresso Brasileiro de Custos. Belo Horizonte – MG. Novembro. 2010.

²Mestre em Administração e Controladoria pela UFC, anavbf@hotmail.com

³Doutora em Educação pela UFC, gloria@arrais.com

⁴Ph.D. em Higher Education pela University of Arizona, marcus@acep.org.br

⁵Pós-Doutorada em Saúde Coletiva pela UNICAMP, catrib@unifor.br

1 Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) deveria proporcionar assistência, seja médica ou odontológica, com qualidade, mas é comum e constante verificar nos noticiários a falta de leitos hospitalares, a precariedade no atendimento e o longo período de espera para se conseguir uma consulta médica, fazendo com que, aproximadamente, de acordo com relatório publicado pela ANS (BRASIL, 2008), 40 milhões de brasileiros procurem serviços particulares, por meio das operadoras de planos de saúde privado.

De acordo com Silveira (2004), os planos privados de saúde surgiram, em meados de 1956, devido a baixa qualidade dos serviços públicos de saúde no Brasil e o agravamento desta situação a partir de 1950, com o aumento do êxodo rural, na qual a população foi em busca de trabalho nos centros de desenvolvimento, criando-se, então, a necessidade de complementar a assistência médica e odontológica oferecida.

Em 1998, as operadoras de plano de saúde foram regulamentadas pelo Governo Federal, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável pela organização e fiscalização do setor. A ANS impõe regras de funcionamento, que vão desde a padronização dos formulários utilizados pelas operadoras à adição de procedimentos médicos, odontológicos e cirúrgicos, aumentando, assim, os custos assistenciais dessas organizações. O não-cumprimento das exigências enseja autos de infração com valores elevados para as operadoras.

Assim, as empresas de planos de assistência à saúde precisam buscar novas formas de gerenciar seus custos, pois além de prestar um serviço de qualidade aos beneficiários, devem manter o equilíbrio financeiro por meio do controle dos custos, uma vez que a cobertura e o preço são rigidamente controlados pela ANS.

Considerando que o sucesso de uma empresa está vinculado a diversos fatores, entre os quais a estratégia adotada e a forma como esta é implementada, e que empresas que fornecem serviços ligados à saúde fazem parte deste universo que busca sustentabilidade, devendo também fazer uso de estratégias, visando a continuidade no mercado, justifica-se a realização dessa pesquisa.

Diante da contextualização, a pesquisa orienta-se pela seguinte questão: que estratégias podem contribuir para a redução de custos em operadoras de planos de saúde, mantendo ou mesmo melhorando a qualidade dos serviços?

O objetivo geral da pesquisa é analisar as estratégias adotadas pelas operadoras de planos de saúde que podem contribuir para a redução dos custos, mantendo ou mesmo melhorando a qualidade dos serviços. Tem-se como objetivos específicos: (1) identificar as estratégias de custos adotadas em operadoras de planos de saúde; (2) mensurar os resultados operacionais decorrentes das estratégias identificadas; (3) verificar as principais reduções de custos nas estratégias adotadas.

Para o alcance dos objetivos, optou-se por uma pesquisa com abordagem qualitativa, desenvolvida mediante pesquisa bibliográfica, documental e adotando o de estudo de caso em uma operadora de plano de saúde de grande porte, sediada em Fortaleza, na pesquisa de campo. Os principais instrumentos de coleta de dados foram documentos da operadora em estudo e entrevistas semi-estruturadas com os principais atores, envolvidos no processo.

O artigo está estruturado em seis seções incluindo a presente introdução. A segunda e terceira seções abordam aspectos quanto aos planos de saúde no Brasil e a gestão estratégica de custos. A metodologia utilizada na pesquisa é abordada na seção quatro, e os principais resultados são apresentados na quinta seção. Ao final, as conclusões do estudo são elencadas.

2 Fundamentação Teórica

2.1. Planos de Saúde no Brasil

Os planos e seguros de saúde nasceram no Brasil com a indústria automobilística e o deslocamento da economia para os centros urbanos. Empresários ianques e franceses, que chegaram ao País nos anos 1950, mostraram-se insatisfeitos com a atenção médica oferecida pelo Estado à época. Assim, por iniciativa dos dirigentes das montadoras Ford e General Motors, e inspirados na experiência dos EUA, surgiram os primeiros sistemas de seguros que logo se estenderam a outras empresas (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Silveira (2004) informa que os problemas com o atendimento público à saúde são antigos e se agravaram desde a década de 1950, com o *boom* da industrialização e com o êxodo do homem do campo, atraído pela oferta de trabalho e por melhores condições de vida, para os centros em desenvolvimento. Desde então, os serviços públicos tornaram-se insuficientes para atender às grandes concentrações urbanas que se formavam na região metropolitana da capital paulista com a instalação da indústria automobilística. Procurando opções para a prestação de assistência médica aos seus empregados e familiares, os empresários estimularam a formação dos primeiros grupos médicos, contratando serviços e gerando o embrião do que viria a ser o sistema de medicina de grupo. Originaram-se, assim, as cooperativas médicas, como uma contraposição à medicina de grupo, por serem consideradas mercantilistas, o segmento de autogestão e o seguro-saúde.

Arelado ao exposto, a criação no Brasil de empresas de assistência médica, medicina de grupo e cooperativas, foi motivada pelo empresariamento e capitalização da medicina, ou seja, médicos e prestadores de serviços sentiram a necessidade de facilitar o acesso de maior parcela da população a serviços e tecnologias cada vez mais onerosas. Sendo esta facilidade possível com a utilização de formas de pré-pagamento e divisão dos riscos, embasadas em técnicas atuariais cada vez mais desenvolvidas.

Até a década de 1980, os planos de saúde estavam voltados, quase que exclusivamente, para o cliente-empresa. Eram planos coletivos acessíveis somente aos trabalhadores formalmente contratados. A partir da segunda metade dos anos 1980, as operadoras de planos de saúde captaram as demandas de clientes individuais, ou seja, trabalhadores autônomos, profissionais liberais, aposentados, trabalhadores de empresas de pequeno porte, bem como de trabalhadores formalmente empregados que não estivessem envolvidos com os planos privados de assistência à saúde, como os de algumas empresas da Administração pública das três esferas do governo.

A necessidade de uma intervenção regulatória no mercado de prestação de serviços em saúde originou-se pela pressão da opinião pública, inconformada com a ação unilateral de algumas empresas de seguros e planos de saúde, externalizada por aumento indiscriminado de preços e

restrições à cobertura. Estas queixas alcançaram ampla divulgação nos meios de comunicação e vários consumidores obtiveram ganhos de causa nas instâncias judiciais.

Desta forma, em 28 de janeiro de 2000, a Lei Federal n.º 9.961 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, tendo como missão institucional a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, a regulação das operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, e a contribuição para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

A ANS possui autonomia financeira e decisória e destina-se à criação de mecanismos estatais de fiscalização, controle de preços e regulação dos serviços médicos prestados por operadoras de planos de saúde. A Agência reguladora divide o segmento em três portes de empresas: operadoras com até 20.000 usuários, classificadas como de pequeno porte; de 20.000 até 100.000, de médio porte e de mais de 100.000 usuários, de grande porte. Destacando-se que grande parte do mercado, 93%, corresponde às pequenas e médias operadoras, o que corresponde a 32,48% dos usuários.

Conforme o caderno de informações da Saúde Suplementar (BRASIL, 2008a), o mercado de planos privados de assistência à saúde apresentou, em março de 2008, 39,9 milhões de vínculos de beneficiários a planos de assistência médica (com ou sem odontologia), e 9,4 milhões em planos exclusivamente odontológicos. Estes números representam um crescimento, no período de março de 2000 a março de 2008, de 31,7% no total de vínculos aos planos de assistência médica e 312,9% aos planos, exclusivamente, odontológicos.

Ressalta-se que a ANS, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º 39/2000, discorre sobre as modalidades de operadoras existentes no Brasil, afirmando que são oito tipos: medicina de grupo, cooperativa médica, autogestão, seguradora especializada em saúde, administradora, filantrópica, cooperativa odontológica e odontologia de grupo (BRASIL, 2000).

Quanto à modalidade de medicina de grupo, esta é composta por empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde e comercializam planos de saúde com indivíduos e empresas, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades de administradora, cooperativa, autogestão e filantropia, conforme o artigo da RDC 39/00.

As cooperativas médicas são sociedade sem fins lucrativos, que operam, conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e no artigo 12 da RDC 39/00, em planos privados de assistência à saúde.

A autogestão é uma entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabiliza-se pelo plano privado de assistência à saúde, destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como aos seus respectivos grupos familiares definidos, limitados ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim de uma ou mais empresas, ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados (BRASIL, 2000).

As seguradoras especializadas em saúde operam o seguro enquadrado como plano ou produto de saúde, conforme disposto na Lei nº 9.656, de 1998, nos termos do artigo 1º, devendo, para tanto, realizar essa atividade com exclusividade, isto é, sem operar outros ramos do seguro.

No tocante às administradoras, estas são empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde, sendo que, no caso de administração de planos, estes são financiados por uma operadora. Destacando-se que as administradoras não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possui rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos (BRASIL, 2000).

As filantrópicas são entidade sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde e que tenham, segundo o artigo 17 da RDC 39/00, obtido certificado de entidade filantrópica pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal, emitida pelo Ministério da Justiça, ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal de órgãos dos governos estaduais e municipais.

As cooperativas odontológicas são sociedades de pessoas físicas sem fins lucrativos constituídas, conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente, com planos odontológicos.

As odontologias de grupo são empresa ou entidades que operam, exclusivamente, planos odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade de cooperativa odontológica (BRASIL, 2000).

Os planos de saúde vêm experimentando um significativo aumento da interferência do Governo Federal com a regulamentação de sua atividade por meio da ANS, fazendo com que o setor trabalhe de maneira uniforme, deixando pouco espaço para política de diferenciação de seus produtos. Isso também acarretou grande dificuldade de entrada nesse setor por novos concorrentes. Em 2008, a ANS completou dez anos e as exigências para os planos de saúde aumentam, como a inclusão de novos procedimentos, tecnologias e serviços não médicos.

Quanto à forma de pagamento dos planos de saúde, esta pode ser feita com o pré-pagamento, sendo anterior ao mês de utilização dos serviços, ou com o pós-pagamento, que acontece com o recebimento pelas operadoras posterior ao mês de serviços prestados. A modalidade de pré-pagamento é a mais comum.

Com a expansão do setor, conforme comentado, o alto nível de regulação e a competitividade desse segmento, as operadoras de planos de saúde necessitam encontrar estratégias capazes de assegurar sua sustentabilidade, por meio da redução de custos, sem, contudo prejudicar a qualidade dos serviços oferecidos aos usuários.

2.2. Gestão Estratégica de Custos

Bruni e Famá (2002) explicam que o conceito de estratégia vem do grego *estrategos*, ou a arte do generalato. Para os militares, representa a disposição das forças armadas no campo de batalha para conseguir a derrota do inimigo. Consiste no desenvolvimento de meios contra o inimigo, em busca de objetivos estabelecidos pelo comando, envolvendo o planejamento e execução de

movimentos e operações de tropas, navios e aviões, buscando alcançar ou manter posições relativas e potenciais. Difere da tática, que compreende o comando das forças durante uma batalha ou na presença imediata do inimigo.

Hansen, Don e Mowen (2001) informam que a estratégia é a especificação dos relacionamentos desejados da gestão em quatro perspectivas. Por outro lado, a tradução de estratégia significa especificar os objetivos, as medidas, os alvos e as iniciativas de cada uma destas perspectivas.

A estratégia está vinculada a objetivos maiores, ações mais globais, de maior tempo e maior amplitude, e pode ser decomposta em diversas táticas, com metas e objetivos definidos, com ações menores, direcionadas, de menor tempo e menor amplitude.

Collis e Montgomery (2000) discorrem sobre a estratégia corporativa, definindo a visão de como os recursos da empresa e a diferenciação dos concorrentes nos variados negócios devem ser postos em prática.

Para se ter uma boa estratégia, é preciso haver objetivos claros e metas alcançáveis, seja com vistas ao desempenho geral da empresa, a inserção de novos produtos no mercado ou para a política interna da organização, uma vez que a estratégia diz respeito tanto à organização quanto ao ambiente, afeta o bem-estar geral da empresa, envolve questões tanto de conteúdo como de processos, significando a criação de um futuro alternativo adaptável ao novo ambiente de mudanças.

Para que a estratégia seja eficiente, é preciso que seja feita de forma contínua e preocupada com o ambiente interno e externo, ter objetivos e metas, visando ter decisões bem embasadas. O foco do estrategista deve ser conseguir para a empresa um desempenho superior em relação à concorrência.

Porter (1986) estabelece que existem apenas dois tipos básicos de vantagem competitiva que uma empresa pode possuir, baixo custo ou diferenciação. A liderança no custo busca diferenciação em um limite amplo de segmentos industriais. Nela uma empresa parte para tornar-se o produtor de baixo custo e para isso deve explorar todas as vantagens do baixo custo. Um líder no custo deve obter paridade ou proximidade com base na diferenciação, relativa aos seus concorrentes, para ser um competidor acima da média, muito embora conte com a liderança no custo para vantagem competitiva. A lógica estratégica da liderança no custo, geralmente, exige que a empresa seja a líder no custo, e não uma dentre várias empresas disputando esta posição. Por meio da estratégia da utilização de um baixo custo em relação aos concorrentes é possível ampliar a participação no mercado, bem como obter a sustentabilidade do negócio, desde que a qualidade não seja prejudicada. Para tanto, se faz necessária uma gestão de custos efetiva.

O sistema de custos, conforme estabelece Hansen, Don e Mowen (2001), é um subsistema de informações contábeis que está preocupado, primariamente, com a produção de saídas para usuários internos, usando entradas e processos necessários para satisfazer objetivos gerenciais.

O sistema de informações da gestão de custos não está limitado por qualquer critério formal que define entradas e processamentos, ao contrário, os critérios que governam as entradas e os processos são estabelecidos internamente. Estes sistemas possuem três objetivos amplos de

fornecer informações para computar o custo de serviços, produtos e outros objetos de interesse da gestão, para o planejamento e controle e para a tomada de decisões.

Os sistemas de custos são ferramentas necessárias às empresas, pois, com base neles, os estoques são avaliados, o custo dos bens vendidos para a geração de relatório financeiros é calculado; são estimadas as despesas operacionais, produtos, serviços e clientes; bem como oferecem *feedback* econômico sobre a eficiência do processo a gerentes e operadores. A forma efetiva de calculá-los tem por base os sistemas ou métodos de custeio.

Os métodos de custeio tradicionais são o custeio por absorção, custeio direto, também conhecido como marginal ou variável. Com as mudanças ocorridas no cenário mundial, metodologias de apuração e gestão de custos mais sofisticadas e com visão gerencial surgiram e se aperfeiçoaram, destacando-se as que tem como principal preocupação a redução dos custos, tendo em vista que no cenário atual os preços são cada vez mais determinados pelo mercado, ou por órgãos reguladores, como ocorre com as operadoras de planos de saúde. Quando se trata da redução de custos, destacam-se as metodologias do custeio padrão, custeio Alvo, *just in time*, e custeio *Kaizen*.

O custo-padrão é o custo ideal de fabricação, sem desperdícios seja na produção ou na prestação de serviços, conforme indicação de Horngren, Datar e Foster (2000) que defendem a ideia de que os custos-padrão devem ser atingidos dentro de operações eficientes, a fim de verificar o desempenho, nortear os preços e permitir a obtenção de reduções de custos significativas do produto.

Quanto ao custeio alvo, o estabelecimento de limites a partir da sua adoção como ferramenta de redução de custos é, de grande valia, haja vista que auxilia na racionalização e, conseqüentemente, na melhoria do processo. Hansen, Don e Mowen (2001) descrevem o processo de custeio-alvo como o planejamento de um novo produto e a definição do seu custo-alvo, 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. Definindo o custo-meta é possível definir políticas e estratégias a fim de alcançá-lo ou reduzi-lo com o tempo e aperfeiçoamento das atividades.

Já redução de custos baseada na redução de estoques é uma metodologia denominada *just in time* (JIT). Hansen, Don e Mowen (2001) exprimem que o JIT tem como foco o fornecimento de um produto, quando necessário e na quantidade necessária. A implementação bem-sucedida das políticas JIT tendem a reduzir estoques de produtos em processos. Com a redução de recursos aplicados em estoques, e tendo a segurança de que a qualidade e a tempestividade serão sempre alcançadas, é possível aplicar os valores em outra atividade, objetivando otimizar o retorno.

Quanto à abordagem do custeio *kaizen*, Maher (2001) enfatiza que *kaizen* é um sistema que busca o aperfeiçoamento contínuo de pequenas atividades, procurando, seguidamente, reduzir custos de produção, tentando alcançar sempre um custo menor do que o anterior. Denota-se preocupação, fundamentalmente, com a redução de custos de produtos e processo das empresas. O custeio *kaizen* reduz o custo de fabricação de produtos, descobrindo novas formas

de aumentar a eficiência do processo de produção usado na fabricação desses produtos. A ferramenta concentra-se onde os gerentes percebem a maior oportunidade de redução de custos. Para que o custeio *kaizen* seja eficaz, as equipes de trabalho devem receber informações de custos detalhadas em uma base contínua.

Acerca do estudo de custos relacionado às organizações de serviços de saúde, muitas são as formas de evidenciação dessas informações, entre estas o custo por paciente hospitalizado, custo médio por dia de leito, custo por especialidade etc. A análise de sua variação é o fundamento para a implementação da estratégia baseada no baixo custo.

Londoño, Morera e Laverde (2000) informam que os custos totais médios, por unidade de serviços, são calculados com base no número de atividades realizadas no hospital, que abrange o universo da medicina preventiva (com vacinas e outras atividades de prevenção), consultas médicas, hospitalização e cirurgia, que são somados aos serviços intermediários (laboratório, exames de raio X, outros exames), aos serviços administrativos (serviços gerais, limpeza, compras, contabilidade) e aos serviços não departamentalizados (segurança), totalizando os custos finais.

Takatori (2002) garante que todos os gastos relacionados à prestação de serviços aos pacientes, materiais cirúrgicos, de laboratórios, medicamentos, materiais administrativos, mão-de-obra, serviços de terceiros, depreciação de equipamentos e máquinas, consumos de água, telefone, energia, devem estar incluídos nos custos totais dos serviços. A segmentação dos custos por unidades internas faz-se necessária para o levantamento que permite a avaliação dos custos em níveis diferentes.

Martins (2002) exprime que as informações para o uso do custo por procedimento médico são requeridas para diferentes objetivos, dentre estes o estabelecimento de preços de cada procedimento médico; a estimativa de custos para negociação de pacotes; a estimativa de rentabilidade das especialidades e procedimentos médicos; a determinação das margens brutas associadas às especialidades e procedimentos médicos; e, o confronto de faturamento e custo do procedimento médico.

Diversos autores já trataram da temática – custos em organizações de saúde - com diferentes enfoques, tais como: Sakurai (1997) que assegura que o custeio-alvo é um método abrangente de gerenciamento estratégico de custos e a utilização deste no segmento hospitalar pode representar uma poderosa ferramenta gerencial, vista sob esse enfoque. Donel, Sher e Oliveira (2002) que realizaram uma análise Custo/Benefício no tratamento de resíduos hospitalares; Raimundini et al. (2003) que verificaram a aplicabilidade do Custeio Baseado em Atividades e da análise de custos em hospitais públicos; Lagioia et al. (2005) que desenvolveram estudo sobre custos e a qualidade dos procedimentos hospitalares baseados em protocolos de atendimento em um hospital universitário; Souza, Kuwabara e Raimundini (2005), que trataram da análise do sistema de gestão de custos de um hospital público; Bruni, Muccini e Mac-Allister (2006), que estudaram o gerenciamento de custos, informações e sistemas em um hospital público; Camacho e Rocha (2006), que aplicaram o Custeio Alvo em hospitais; Frega, Lemos e Souza (2007), que trataram da relação dinâmica entre as estratégias competitivas e os sistemas de gestão de custos; Diehl (2007) que estudou a estrutura analítica para identificação da estratégia praticada pelas

empresas de serviços hospitalares; e, Souza et al. (2007), que trataram da modelagem do custeio baseado em atividades para farmácias hospitalares; e Barbosa, Rêgo e Rezende (2008) ao investigarem os custos do programa governamental saúde da família, utilizando a metodologia custo por atividades.

A seguir, buscando alcançar os objetivos propostos para essa pesquisa, apresentam-se os aspectos metodológicos que orientaram o estudo.

3 Metodologia

Kerlinger (1980) ensina que a metodologia influencia fortemente na pesquisa, pois inclui maneiras de formular problemas e hipóteses, métodos de observação e de coleta de dados, bem como a mensuração de variáveis e técnicas de análises de dados. A metodologia é a forma de organizar o raciocínio para se chegar à natureza de um determinado problema, sendo para estudá-lo ou explicá-lo.

Desta forma, quanto à abordagem, a pesquisa é qualitativa, uma vez que este tipo de abordagem, segundo Richardson et al. (2008), pode ser definida como uma tentativa de compreensão dos detalhes com significados e características situacionais demonstradas por quem foi entrevistado, ao invés de medidas quantitativas de características ou comportamentos, que, no caso da presente pesquisa, é investigar que estratégias podem contribuir para a redução de custos em operadoras de planos de saúde.

Desta forma, quanto aos objetivos, a pesquisa é exploratória e descritiva, tendo por procedimentos a pesquisa bibliográfica, com o objetivo de apresentar conceitos de estratégia, sistemas de redução de custos e dados sobre os planos de saúde no Brasil, documental e de campo, fazendo-se uso da estratégia de estudo de caso.

Segundo o Yin (2001), o estudo de caso é escolhido quando fenômenos contemporâneos são examinados. Corroborando com o exposto, Babbie (2005) informa que o estudo de caso descreve componentes de uma determinada situação social e que nesse tipo de estudo se deve buscar coletar o maior número de dados possíveis sobre o tema e tentar determinar as inter-relações sobre seus vários componentes.

O método de estudo de caso ofereceu oportunidade para o auxílio no conhecimento do problema apresentado e para alcançar os objetivos traçados. Para seleção da empresa a ser estudada, foram consideradas as seguintes características: empresa de grande porte, com sede no Município de Fortaleza e que disponibilizasse os dados que contribuíssem para o desenvolvimento da pesquisa. Desta forma, o trabalho foi desenvolvido, tendo como objeto uma operadora de plano de saúde de grande porte da modalidade cooperativa médica, sediada em Fortaleza, objetivando viabilizar a acessibilidade dos dados.

Para a coleta de dados, foram utilizados como fonte os documentos da empresa objeto do estudo, referentes ao exercício de 2008, bem como informações fornecidas pelos responsáveis dos setores de *Home care*, da especialização de saúde na qual o paciente é atendido em casa, setor de atuária, administração e auditoria, por meio de entrevistas. A escolha dos profissionais, empregados da empresa em estudo, foi baseada no fato destes conhecerem a regulamentação do setor e a

legislação vigente, bem como os processos citados e estarem autorizados a fornecer os dados solicitados.

Foi realizada, ainda, entrevista com a coordenadora administrativa da empresa, objetivando coletar informações sobre o tempo do programa de medicina preventiva, expectativa de redução de custos e a forma como estas são aplicadas, e com a gerente administrativa e o auditor da empresa para a obtenção de informações sobre o fluxo dos serviços, as estratégias adotadas para a redução de custos, bem como a descrição destes. Ressalta-se que todas as entrevistas foram realizadas em outubro de 2008.

Destaca-se que a coordenadora administrativa informou que o *home care* e os produtos com coparticipação são as estratégias que mais contribuem para a redução de custos na empresa. Desta forma, optou-se por delimitar o setor do *home care*, como objeto do estudo por ser essa estratégia a que mais contribui com a redução de custos, conforme afirmou a coordenadora administrativa, e a que proporcionou mais acessibilidade aos dados financeiros. Por intermédio do gerente e da coordenadora da área, foram obtidas informações sobre os principais casos de enfermidade tratados na residência dos pacientes, bem como os valores comparativos, demonstrados em tabelas, entre internações domiciliares e internações hospitalares de um mesmo paciente.

O estudo foi realizado com seis pacientes, que constituíram uma amostra intencional, sendo considerado como critério de seleção a cronicidade dos casos, que implica consequentemente custos elevados para a operadora. A seguir são apresentados os principais resultados obtidos na pesquisa de campo.

4 Análise e Interpretação dos Dados

A cooperativa, objetivo do estudo, é atuante no mercado, desenvolvendo ações que visam à manutenção dos clientes que já fazem parte da sua carteira, bem como do crescimento do número de clientes, tendo como exemplo a oferta de planos ao mercado abrangendo diversas classes sociais. A partir da entrevista, a coordenadora administrativa afirmou que:

a operadora, que é uma cooperativa médica, possui mais de 300 mil usuários e tenta reduzir os custos com ações preventivas direcionadas aos clientes identificados como os de maior sinistralidade, com maior risco de vida e também buscando minimizar a utilização demasiada.

Conforme informações do auditor, a cooperativa busca a redução de custos, visando a sua manutenção, por meio das estratégias de negociações com fornecedores de medicamentos e materiais utilizados nos usuários pacientes; da utilização de medicamentos genéricos; de contratos com a rede específica; de consultas com 15 minutos de duração; de biometria; de auditoria médica na liberação de exames, para pacientes internados e nas contas hospitalares; de ações educativas, tais como a medicina preventiva primária; de gerenciamento de pacientes crônicos, dentre os quais consta a medicina preventiva secundária; de *home care*, assistência domiciliar, caracterizada pela medicina preventiva terciária; e de coparticipação.

Do exposto pelo auditor da cooperativa, pode-se destacar que a operadora de plano de saúde em estudo, faz uso de estratégias de redução de custos relacionadas com as metodologias *Just in Time* (JIT), uma vez a negociação dos medicamentos e materiais adquiridos, evitando a existência de estoques desnecessários. Procedimentos estes mencionados no referencial teórico e empregados no JIT. Ressalta-se, ainda, os procedimentos de reengenharia dos processos quanto à duração de consultas, reduzindo, desta forma, os custos do profissional, enfatizados na metodologia, já mencionada, *kaizen*.

Cabe salientar que os produtos com coparticipação induzem a conscientização do usuário, uma vez que existe a participação nos custos, mediante o fator moderador, evitando, muitas vezes cirurgias desnecessárias, pois o processo começa com a consulta. Entretanto, apesar de terem sido citados tais processos de redução de custos, o interesse dessa pesquisa está centrado no processo denominado *home care*, conforme delimitado na metodologia.

O gerente da medicina preventiva, *home care*, explicou que a prevenção primária é feita através de palestras educativas, imunização, aferição de níveis pressóricos, verificação do índice de massa corpórea, verificação do risco cardiovascular, orientações gerais de saúde em empresas clientes.

Na prevenção secundária são realizados grupos operativos com clientes portadores de hipertensão, diabetes, sobrepeso/obesidade (adulto e infantil), tabagismo, depressão e de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) que ainda não fazem uso de oxigênio contínuo. O gerente deste setor afirmou que “as medidas preventivas secundárias são aplicadas a uma população com doenças, mas sem complicações. Ações dirigidas para fase inicial da doença, com o proposto de evitar ou diminuir complicações das doenças de base”.

A prevenção terciária tem como finalidade, reduzir a progressão das complicações da doença já estabelecida e propiciar a melhora do paciente no menor espaço de tempo. É feita para os clientes com doenças associadas, através do gerenciamento de pacientes crônicos, visando a manutenção da saúde do cliente. São identificados, de acordo com a gerente da área, por:

screening (avaliação de acordo com a utilização de determinados serviços como consultas, exames, idas a pronto socorro, internações, etc.) da carteira nos últimos 3 anos. Nossa expectativa não é reduzir somente as internações e sim os custos assistenciais como um todo numa média de 10% para a população trabalhada pela medicina preventiva, tanto com grupos operativos como com o gerenciamento de crônicos. As doenças não são tratadas e sim os clientes, os quais são trabalhados de modo a conviver melhor com as doenças que possuem. As patologias mais trabalhadas são: hipertensão, diabetes, DOPC, cardiopatias de uma maneira geral (ICO, ICC etc...), sobrepeso/obesidade, dislipidemia, depressão, tabagismo (Gerente de medicina preventiva).

Segundo dados obtidos no endereço eletrônico da empresa em estudo, a medicina preventiva (MedPrev) conta com o projeto de Gerenciamento de Doentes Crônicos (GDC), no qual os pacientes são telemonitorados e acompanhados pelos profissionais da MedPrev. O GDC é um projeto pioneiro no Ceará, que orienta, acompanha e estimula o cliente a gerenciar a própria saúde e mudar seus hábitos, obtendo maior longevidade com qualidade de vida.

O contato com o paciente da medicina preventiva secundária é feito por telefone, programa denominado de Acompanhamento ao Beneficiário, o qual foi iniciado em 22 de fevereiro de

2008, existindo uma expectativa de redução de custos de 47% dentro do universo estudado, iniciando-se com 3.000 pacientes. O projeto obtém a fidelização do cliente e evita a demanda crescente em hospitais, clínicas e laboratórios. Conforme informado pela responsável da empresa em estudo, os pacientes são escolhidos de acordo com a cronicidade de suas doenças, sendo este também o critério de seleção da amostra da presente pesquisa, conforme mencionado na metodologia. A título de exemplo, descreve-se como este programa é executado: o profissional liga para o paciente e pergunta sobre a quantidade de sal e açúcar ingeridos, pode ser feita uma dieta balanceada, adequando a realidade do paciente e suas necessidades. A iniciativa estabelece laços de afetividade, confiabilidade, segurança e empatia entre os profissionais da MedPrev e os clientes.

Quanto aos dados financeiros, referente aos usuários da modalidade medicina preventiva, *home care*, estes estão apresentados por paciente com as enfermidades de câncer de fígado, Alzheimer e isquemia. Ressalta-se que estes casos foram escolhidos por serem alvo do estudo sobre redução de custos do tratamento com a adoção da estratégia de *home care*. O primeiro caso, apresentado na Tabela 1, trata de um paciente X acometido de câncer de fígado que passou nove dias sobre o tratamento da equipe.

Tabela 1- Paciente X Acometido de Câncer de Fígado

Atividade	home care Valor (R\$)	Hospital Valor (R\$)	Diferença Valor (R\$)
Diárias	0,00	1.674,00	-1.674,00
Visita profissional	1.787,76	489,60	1.298,16
Medicamento	280,44	280,44	0,00
Material	123,86	123,86	0,00
SS. Fisioterapia	0,00	180,00	-180,00
Oxigênio	128,45	2.160,00	-2.031,55
Total	2.320,51	4.907,90	-2.587,39

Fonte: Elaborado pelos autores com base no relatório do setor de *home care* da Cooperativa (2008)

Verificou-se na Tabela 1, uma redução de custos no total de R\$ 2.587,39, representada principalmente pela redução de oxigênio (78,5%) e nas diárias hospitalares (64,7%), uma vez que o paciente permanece em casa.

O segundo caso, exemplificado nas Tabelas 2, 3 e 4, são dos pacientes Y, Z e W, acometidos pela doença de Alzheimer. O primeiro passou 28 dias sob o tratamento da equipe, o segundo 30 dias e o terceiro 20 dias.

Tabela 2- Paciente Y Acometido pela doença de Alzheimer

Atividade	Home Care Valor (R\$)	Hospital Valor (R\$)	Diferença Valor (R\$)
Diárias	0,00	5.208,00	-5.208,00
Visita profissional	5.363,28	1.523,20	3.840,08
Medicamento	7.101,93	7.101,93	0,00
Material	122,89	122,89	0,00
SS. Fisioterapia	0,00	560,00	-560,00
Oxigênio	1.811,45	9.056,04	-7.244,59
Total	14.399,55	23.572,06	-9.172,51

Fonte: Elaborado pelos autores com base no relatório do setor de *home care* da Cooperativa (2008)

Os dados financeiros, referentes ao paciente da Tabela 2, demonstram uma redução de R\$ 9.172,51 dos custos com a implementação da modalidade de medicina preventiva. Esta redução foi proporcionada, em especial, pela redução de oxigênio (79%) e nas diárias hospitalares (56,8%).

Tabela 3- Paciente Z Acometido pela Doença de Alzheimer

Atividade	Home Care Valor (R\$)	Hospital Valor (R\$)	Diferença Valor (R\$)
Diárias	0,0	5.580,00	-5.580,00
Visita profissional	412,56	1.632,00	-1.219,44
SS. Fisioterapia	0,0	600,00	-600,00
Oxigênio	128,45	7.200,00	-7.071,55
Total	541,01	15.012,00	-14.470,99

Fonte: Elaborado pelos autores com base no relatório do setor de *home care* da Cooperativa (2008)

No tocante aos dados financeiros do paciente Z, demonstrados na Tabela 3, pode-se verificar que estes apresentam uma redução de custos de R\$ 14.470,99, sendo mais expressivas as reduções com oxigênio e diárias, com respectivamente, 48,9% e 38,6%.

Tabela 4 - Paciente W Acometido pela Doença de Alzheimer

Atividade	Home Care Valor (R\$)	Hospital Valor (R\$)	Diferença Valor (R\$)
Visita profissional	1.512,72	544,00	968,72
Medicamento	577,54	577,54	0,00
Material	0,00	0,00	0,00
SS. Fisioterapia	0,00	400,00	-400,00
Oxigênio	423,60	5.088,00	-4.664,40
Total	2.513,86	6.609,54	-4.095,68

Fonte: Elaborado pelos autores com base no relatório do setor de *home care* da Cooperativa (2008)

A medicina preventiva terciária, para o paciente W, conforme Tabela 4, demonstra uma redução total nos custos de R\$ 4.095,68, representadas pelas reduções em oxigênio, na ordem de 113,9% e nas diárias hospitalares, nas sessões de fisioterapias e no oxigênio consumido pelo paciente.

O terceiro caso, exemplificado nas Tabelas 5 e 6, refere-se aos pacientes K e J, que sofreram acidentes vasculares cerebrais (isquemias) e permaneceram 30 e 29 dias, respectivamente, em tratamento.

Tabela 5 - Paciente K Acometido de Isquemia

Atividade	Home Care Valor (R\$)	Hospital Valor (R\$)	Diferença Valor (R\$)
Diária	0,00	5.580,00	-5.580,00
Visita profissional	962,64	1.634,00	-671,36
Medicamento	1.953,00	1.953,00	0,00
Material	85,20	85,20	0,00
Total	3.000,84	9.252,20	-6.251,36

Fonte: Elaborado pelos autores com base no relatório do setor de *home care* da Cooperativa (2008)

Verificou-se na Tabela 5, uma redução de custos no total de R\$ 6.251,36, representada, principalmente, pela redução de oxigênio no percentual de 89,3%.

Tabela 6 - Paciente J Acometido de Isquemia

Atividade	Home Care Valor (R\$)	Hospital Valor (R\$)	Diferença Valor (R\$)
Diária	0,00	5.394,00	-5.394,00
Visita profissional	825,12	1.577,60	-752,48
Medicamento	427,18	427,18	0,00
Material	122,89	122,89	0,00
SS. Fisioterapia	0,00	560,00	-560,00
Oxigênio	423,60	6.960,00	-6.536,40
Total	1.798,79	15.041,67	-13.242,88

Fonte: Elaborado pelos autores com base no relatório do setor de *home care* da Cooperativa (2008)

Os dados financeiros, referentes ao paciente da Tabela 6, demonstram uma redução de R\$ 13.242,88 dos custos com a implementação da modalidade de medicina preventiva. Esta redução foi proporcionada, em especial, pela redução de oxigênio (49,4%) e nas diárias hospitalares (40,7%).

Constatou-se, a partir dos dados observados que os pacientes analisados, quando tratados em seus domicílios (*home care*), por um período de aproximadamente um mês, apresentam reduções de custos significativas. As diárias hospitalares e oxigênio utilizado são os principais fatores de redução.

Desta forma, os dados apresentados e analisados sugerem que os pacientes que possuem o atendimento médico domiciliar reduzem, na maioria dos casos, em torno de 60% dos custos da operadora, sendo assim, uma estratégia que apresenta resultados positivos. A qualidade do serviço oferecido não é afetada. As entrevistas enfatizaram os procedimentos adotados pela a medicina preventiva e a preocupação da empresa em manter a qualidade dos serviços.

5 Conclusões

A presente pesquisa teve por objetivo analisar as estratégias adotadas pelas operadoras de planos de saúde que podem contribuir para a redução dos custos, mantendo ou mesmo melhorando a qualidade dos serviços.

A partir da análise das estratégias de gestão de custos aplicáveis na operadora de planos de saúde, objeto do estudo, apresentaram-se os dados da principal estratégia de redução de custos utilizada, conforme informado pela coordenadora administrativa da cooperativa estudada, a modalidade de medicina preventiva terciária *home care*. Observou-se que existe a preocupação da empresa na manutenção da qualidade dos serviços oferecidos e que existe o percentual de redução, que varia entre 50% a 80%, para os casos que utilizam a medicina preventiva terciária, *home care*.

De acordo com a literatura, quando o mercado determina o preço ou há controle rígido sobre o preço - como ocorre no caso das operadoras de planos de saúde, por parte da ANS - as estratégias de redução de custos mais adequadas a serem adotadas, buscando garantir a margem de lucratividade da empresa e a qualidade do serviço fundamentam-se no JIT e no *kaizen*. Tal fato foi observado no presente trabalho, uma vez que dado o preço regulado pela ANS, a operadora buscou reduzir custo e aperfeiçoar seus processos, garantido a lucratividade e a satisfação do cliente. Outras estratégias para redução de custos tais como auditorias nas liberações de exames e nas contas médicas, utilização da biometria e negociação de materiais e medicamentos com fornecedores, são procedimentos também utilizados pela empresa.

Destarte, pode-se afirmar que as ferramentas gerenciais utilizadas conseguiram reduzir os custos e aumentar a lucratividade da operadora. A internação domiciliar, denominada *home care*, possui resultados expressivos, no tocante à redução de custos relacionados com a diária nos hospitais e no oxigênio utilizado nas internações, e garantem ao paciente e à família maior comodidade, favorecendo na recuperação dos enfermos.

Enfim, pode-se considerar que os objetivos propostos foram alcançados e acredita-se que o trabalho poderá contribuir para a busca de melhores estratégias de redução de custos, mantendo a qualidade, nas operadoras de planos de saúde, bem como auxiliar os empresários que atuam no setor. No entanto, tendo em vista o tamanho da amostra, têm-se a clareza que além dos aspectos observados, podem ter ocorrido outros motivos para as reduções de custos da modalidade *home care*, uma vez que não foram utilizados procedimentos estatísticos no tratamento dos dados. Logo, apesar dos resultados não serem extrapolados para o universo da pesquisa, considera-se que o estudo traz contribuição à análise das principais estratégias de redução de custos em operadoras de planos de saúde.

Referências

- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Análise preliminar dos resultados obtidos a partir do Requerimento de Informações sobre os Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças desenvolvidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde*. Rio de Janeiro, Jun. 2008. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/noticias/Rel_preliminar_PromoPreve%20final.pdf, acesso em 14/08/2008.
- _____. *Caderno de Informações da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Rio de Janeiro, Jun. 2008. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>, acesso em 23/06/2008.
- BABBIE, Earl. *Métodos da pesquisa de survey*. Tradução de Guilherme Cezarino. Belo Horizonte: UFMG, 2005.
- BARBOSA, E. S.; RÊGO, T. F.; REZENDE, I. C. C. *O custo do Programa de Saúde a Família: um estudo de caso no Município de Sapé/PB*. In: XV CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS. *Anais...* ABC: Curitiba, 2008. CD-ROM.
- BRASIL. *Resolução RDC nº. 39, de 27 de outubro de 2000*. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.
- BRUNI, A.; FAMÁ, R. *Gestão de custos de formação de preços: com aplicação na calculadora HP 12C e Excel*. São Paulo: Atlas, 2002.
- _____; MUCCINI, R. L. Z.; MAC-ALLISTER, M. *Gerenciando Custos, Informações e Sistemas: o caso do Hospital Santo Amaro, HSA*. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 30, 2006, Salvador, *Anais...* Salvador: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 2006. CD-ROM.
- CARVALHO, J.; GARCIA, R. *O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico*. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2003.
- CAMALHO, R. R.; ROCHA, W. *Custeio alvo em serviços hospitalares: um estudo sob o enfoque da Gestão Estratégica de Custos*. In: 6º CONGRESSO DE CONTABILIDADE DA USP. *Anais...* São Paulo, 2006. CD-ROM.
- COLLIS, D. J.; MONTGOMERY, C. A. *Criando a vantagem corporativa*. In: HARVARD BUSINESS REVIEW. *Estratégia corporativa*. Rio de Janeiro: Campus, 2000.
- DIEHL, C. A. *Uma Estrutura Analítica para Identificação da Estratégia Praticada: um estudo aplicado em duas empresas de serviços*. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 31, 2007, Rio de Janeiro, *Anais...* Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 2007. CD-ROM.
- DONEL, F.; SHER, R. C.; OLIVEIRA, J. E. R. *Análise Custo/Benefício no tratamento de resíduos hospitalares: um estudo de caso*. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 26, 2002, Salvador, *Anais...* Salvador: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 2002. CD-ROM.

- FREGA, J. R.; LEMOS, I. S.; SOUZA, A. *Relação dinâmica entre as estratégias competitivas e os sistemas de gestão de custos: um estudo de caso*. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 31, 2007, Rio de Janeiro, Anais... Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 2007. CD-ROM.
- HANSEN, DON R.; MOWEN, M. *Gestão de custos: contabilidade e controle*. São Paulo: Thomson, 2001.
- HORNGREN, C.; DATAR, S.; FOSTER, G. *Contabilidade de Custos*. v. 1. Rio de Janeiro: Editora S.A, 2000.
- KERLINGER, F. N. *Metodologia da pesquisa em ciências sociais: um tratamento conceitual*. São Paulo: EPU, EDUSP, 1980.
- LAGIOIA, U. C. T. et al. *Um Estudo Sobre os Custos e a Qualidade dos Procedimentos Hospitalares Baseados em Protocolos de Atendimento: O Caso da Unidade de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco*. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 29, 2005, Brasília, Anais... Brasília: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 2005. CD-ROM.
- LONDOÑO, M.; MORERA, G.; LAVERDE, P. *Administração Hospitalar*. Montevideu: Editora Médica Panamerica, 2000.
- MAHER, Michael. *Contabilidade de custos: criando valor para Administração*. São Paulo: Atlas, 2001.
- MARTINS, D. *Custeio hospitalar por atividade: activity based costing*. São Paulo: Atlas, 2002.
- PORTER, M. E. *Estratégia Competitiva: técnicas para análise de indústrias e da Concorrência*. Rio de Janeiro: Campus, 1986.
- RAIMUNDINI, S. L. et al. *Aplicabilidade do custeio baseado em atividade e análise de custos em hospitais públicos*. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 27, 2003, Atibaia, Anais... Atibaia: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 2003. CD-ROM.
- RICHARDSON, R. J.; PERES J. A. S. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- SAKURAI, M. *Gerenciamento Integrado de Custos*. São Paulo: Atlas, 1997.
- SILVEIRA, L. S. *Prevenção de doenças e promoção da saúde: diferenciais estratégicos na conjuntura da saúde suplementar*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz. 2004.
- SOUZA, A. A.; KUWABARA, C. C. T.; RAIMUNDINI, S. L. *Análise do Sistema de Gestão de Custos de um Hospital Público: um Estudo de Caso*. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 29, 2005, Brasília, Anais... Brasília: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 2005. CD-ROM.

_____. Modelagem do Custeio Baseado em Atividades para Farmácias Hospitalares. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 31, 2007, Rio de Janeiro, *Anais...* Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 2007. CD-ROM.

TAKATORI, R. S. *Desenvolvimento de um modelo conceitual de custos-padrão e ABC, para o plano de referência básica de uma operadora de Plano de Assistência à saúde: um estudo de caso.* Dissertação de Mestrado. São Paulo: UNIFECAP, 2002

YIN, R. K. *Estudo de caso planejamento e métodos.* 2 Ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

<p>Ana Virgínia Feitosa Martins é Mestre em Administração e Controladoria pela Universidade Federal do Ceará, anavbf@hotmail.com; Avenida Rogaciano Leite, 900, apto 1301, Bloco Petrópolis. CEP: 60810-000/60810-786. Fortaleza, Ce, Brasil</p>	<p>Maria da Glória Arrais Peter é Doutora em Educação pela Universidade Federal do Ceará, mestre em Administração e Controladoria pela Universidade de São Paulo, e professora Associada da UFC, gloria@arrais.com ; Rua Coronel Jucá, 960, Apto 1501, Meireles. CEP: 60170-320 - Fortaleza, CE, Brasil.</p>
<p>Marcus Vinicius Veras Machado é Ph.D em Higher Education pela University of Arizona, mestre em Administração pela Universidade Federal da Paraíba, e professor Adjunto da Universidade Federal do Ceará, marcus@acep.org.br; Rua Júlio Azevedo, 1630, apto 1002, Papicu. CEP: 60192-310. Fortaleza, CE, Brasil.</p>	<p>Ana Maria Fontenelle Catrib é Pós-Doutorada em Saúde Coletiva pela UNICAMP, doutora em Educação pela UFBA, Mestre em Educação pela UFC, e professora titular da Universidade de Fortaleza, catrib@unifor.br; Rua Paula Ney, 77, ap. 1100, Aldeota. CEP: 60140-200 - Fortaleza, CE, Brasil.</p>