

Custeio e indicadores de desempenho empresarial - uma abordagem intervencionista em pequena empresa do setor de saúde

MARIA ANGELICA LENCIONE PEDRETI

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE (MACKENZIE)

RONALDO GOMES DULTRA-DE-LIMA

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE (MACKENZIE)

JOSÉ CARLOS TIOMATSU OYADOMARI

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE (MACKENZIE)

OCTAVIO RIBEIRO DE MENDONÇA NETO

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE (MACKENZIE)

Agradecimento à órgão de fomento:

Estudo parte da pesquisa de Doutorado Profissional em Controladoria e Finanças Empresariais, orientado pelos co-autores, que tanto o apoiaram em sua consecução.

Custeio e indicadores de desempenho empresarial – uma abordagem intervencionista em pequenas empresas do setor de saúde

1. INTRODUÇÃO

O presente relato descreve a implantação do projeto de intervenção na empresa B, clínica reumatológica e de medicina do trabalho, de pequeno porte, da cidade de São Paulo, que enfrentou diversos desafios desde a queda do faturamento devida ao isolamento social da pandemia, passando pela consolidação do setor de saúde e a consequente queda do poder de barganha das pequenas clínicas de saúde, além de desafios de retenção e profissionais e clientes.

Antes da pandemia, o setor de saúde contava com convênios e planos de saúde, que contratavam as clínicas especializadas para atenderem seus clientes, pagando às clínicas pelas consultas e procedimentos, conforme credenciamento (Médici, 2021). Embora os convênios pagassem valores baixos pelos procedimentos, eles traziam volumes de pacientes para as clínicas, que, então, ganhavam pelo alto giro, apesar da baixa margem, do maior tempo para receber e por uma taxa de glosa em torno de 5%, que era considerada suportável pelas instituições de saúde (Associação Nacional de Hospitais Privados, 2021). Nesse desenho, as clínicas representavam um custo variável para os convênios, que lucravam com a gestão do capital de giro, recebendo à vista dos pacientes e pagando com maiores prazos às clínicas (Médici, 2021).

Diante do isolamento social, a Clínica B, assim como a grande maioria dos pequenos negócios, experimentou expressiva queda de faturamento, tanto da área reumatológica quanto da área de medicina do trabalho, que sofria mudanças com a criação do *home-office* durante a pandemia, o que levou as sócias a decidirem, ainda em 2020, pela redução da área útil da clínica, com vistas a reduzir os custos que não dependessem do número de pacientes, o que permitiu a sobrevivência da empresa nos meses após a pandemia.

O que as empreendedoras não esperavam foi o movimento de consolidação do mercado de saúde no Brasil, pós-pandemia, com uma fase de fusões e aquisições em que convênios, que buscavam a verticalização, adquirindo hospitais e ambulatórios, experimentaram aumento do seu poder de barganha e passaram a aumentar a taxa de glosa dos procedimentos, bem como o tempo para pagamento, comprometendo ainda mais a rentabilidade das clínicas. No mesmo processo, tais convênios também criaram suas estruturas fixas ambulatoriais para alavancarem os resultados operacionais através da economia de escala, diluindo os custos fixos entre o grande volume de pacientes e descredenciando planos mais simples dos serviços das clínicas, que passaram a ter autorização apenas para atender os planos mais caros, que davam aos pacientes o direito de escolherem seu médico, ficando os planos mais simples atendidos pelos novos ambulatórios (ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados, 2023).

A clínica B se viu obrigada a repensar seus objetivos estratégicos e buscar novas inovadoras de conviver na nova configuração do mercado de saúde, buscando redução de custos, melhor posicionamento de mercado e retenção de clientes leais e de colaboradores talentosos, que a ajudassem a trilhar a nova fase estratégica que estava começando.

2. CONTEXTO E REALIDADE INVESTIGADA

2.1. A Pequena e média empresa na saúde, sua importância, suas carências

É notória a importância da pequena e média empresa (PME) no Brasil: nas últimas três décadas, as micro e pequenas empresas (MPE) vêm desempenhando um papel cada vez mais importante na geração de emprego e renda e na arrecadação de impostos na economia brasileira, na qual

respondem por 21% do PIB (SEBRAE, 2020). Representando 97,3% do total de novas empresas abertas (Ministério da Economia do Brasil, 2023), o que pode ser explicado pela crise e desemprego dos últimos anos e pelo espírito empreendedor do brasileiro, que encontra, no empreendedorismo, uma forma de retornar ao mercado de trabalho, contribuindo para gerar 13 vezes mais empregos do que as médias e grandes empresas, contribuindo para o desenvolvimento de cidades e regiões inteiras (Xavier & Bertaci, 2018).

Não obstante, as empresas de pequeno e médio porte carecem de ferramentas de controle e gestão, seja pela falta de conhecimento de seus gestores e proprietários, seja pela falta de tempo destes profissionais ocupados com a rotina e acumulando, muitas vezes, funções operacionais e gerenciais (Callado et al., 2003; Robson & Bennett, 2000) e precisam adaptar as ferramentas tradicionais aos seus poucos recursos e demandas muito específicas (Garengo et al., 2005), o que se torna um desafio ainda maior quando os gestores e proprietários não possuem o conhecimento ou tempo necessário.

As três principais causas do fracasso de pequenas empresas brasileiras nos cinco primeiros anos de vida são: a falta de planejamento prévio, a má gestão empresarial, e o comportamento do empreendedor (Sebrae, 2014). A situação se agravou ainda mais na Pandemia do COVID-19, quando muitas empresas pararam suas atividades momentaneamente, e não conseguiram retomá-las (Brito et al., 2021), o que levou 65% das empresas a experimentarem uma redução de 1/3 no faturamento anual em 2020, com aumento de 11% nas empresas que demitiram e 57% nas empresas que declararam ter muitas dificuldades para manter seus negócios, especialmente pelo aumento dos custos (SEBRAE, 2021).

Em função das comprovadas pluralidade e importância das PMEs no contexto da economia, é importante o desenvolvimento de instrumentos concretos de apoio a este tipo de empreendimento. E para que as citadas organizações adquiram a necessária capacitação tecnológica visando ao seu desenvolvimento contínuo no tempo, é necessário construir um conjunto de ações sistemáticas buscando desenvolver, transferir e incorporar diferentes tipos de tecnologias, tanto do prisma da gestão eficaz das mesmas, quanto dos produtos e processos por elas utilizadas, para que se possa incrementar a eficiência coletiva do maior número possível de PMEs (Valle et al., 2007), além de habilitá-las a construir capacidades relevantes e recursos necessários para lidarem com eventos disruptivos (Skouloudis et al., 2020).

Van de Ven (2007) entende que a grande preocupação, em todo o mundo, com a sobrevivência destas pequenas e médias empresas passa por um problema de falta de transferência de conhecimento e defende que a pesquisa intervencionista pode ajudar na transferência do conhecimento, entre teóricos e práticos, adaptando as ferramentas às realidades das pequenas e médias empresas. Por outro lado, a literatura também aponta que há um atraso de estudos e pesquisas voltados a pequenas e médias empresas em grande parte devido à extrema heterogeneidade existente entre este tipo de negócio, o que explicaria, também, a dificuldade para a proposição de teorias e conclusões adequadas e diferentes das aplicadas à grande corporação, com um olhar que respeite suas peculiaridades, como uma teoria própria, em contraposição à simples aplicação de teorias usadas em grandes empresas, em menor escala (Igartua-López et al., 2021; Leone, 1999; Pelz, 2019). Mais especificamente no presente estudo, faz-se necessário entender a realidade das empresas do setor de saúde e suas práticas gerenciais correntes.

O Brasil gastou 9,23% do PIB de 2022, em despesas com saúde. Entretanto, entre 2011 e 2022 observou-se a redução do número de hospitais privados lucrativos no Brasil, de 2.216 para 1.961. Um ponto que merece atenção é a alta taxa de glosa, ou seja, a recusa de pagamento dos

serviços por parte das operadoras de saúde, que representa cerca de 4,55% da receita líquida das instituições de saúde, ou 73,51 em termos de dias de atraso para pagamento pelos serviços. A situação é ainda mais séria quando se observa o aumento do poder de barganha dos planos de saúde e convênios médicos, após um período de consolidação, conforme observado pela ANAHP (2023).

2.2 Indicadores estratégicos para o negócio

Depois da Segunda Guerra Mundial, as instituições de saúde passaram a se preocupar com aspectos gerenciais, embora se alegasse que a prática hospitalar não poderia ser mensurada pela contabilidade gerencial, dado seu caráter assistencial (Gebreiter, 2014). Outrossim, a literatura propõe um engajamento mais próximo com a realidade médica permitindo ao profissional de gestão melhor compreensão da prática e, assim, sua mensurabilidade, tal que se permitam quantificar as variações no comportamento dos critérios de qualidade estabelecidos e compará-los com padrões, permitindo avaliar a estrutura, processos, e resultados dos serviços de saúde, respeitando a necessidade de quem utilizará as informações geradas, se a equipe médica ou a equipe gerencial (Soárez et al., 2005), mesmo apesar da dificuldade de se obterem dados confiáveis, sobretudo no Brasil, destacando que não se pode esperar até que a informação produzida esteja perfeita para que seja divulgada: basta que os usuários sejam alertados para as limitações presentes na informação divulgada (Tronchin et al., 2009).

De fato, no Brasil, desde 2002, a ANVISA tem preconizado a adoção de indicadores padronizados, que facilitem a comparação entre hospitais e entre setores de um mesmo hospital (Ramos & Miyake, 2010). Porém, apesar de ser um processo em amadurecimento, estudos revelam que poucos serviços de saúde dispõem de indicadores para gestão hospitalar, especialmente, se forem de médio e pequeno porte (Malik & Teles, 2001b).

A limitação de recursos para a prestação de atenção médica e a crescente necessidade de saúde justificam estudos e práticas nesta área e a situação é pior devido à crescente complexidade tecnológica, ao envelhecimento da população, com o surgimento de novas doenças devidas a este novo perfil demográfico, constatando-se, assim, a necessidade da boa gestão de custos, como forma de oferecer mais serviços de qualidade com o menor custo aos paciente, otimização da utilização dos recursos, aumento de eficiência e eficácia e da segurança dos processos (Dallora & Forster, 2008; Macario, 2006; Soárez et al., 2005). Evidencia-se, assim, a necessidade de se utilizar o método científico, devidamente fundamentado pela literatura acerca de custos, preços, indicadores de desempenho e controles gerenciais, para aprimorar os processos de pequenas empresas do setor de saúde, alavancando seus resultados, não apenas financeiros, mas também quanto ao atendimento de clientes, e permitindo não apenas sua sobrevivência, mas também seu crescimento, na realização de sua missão.

2.3 Custos e Sistemas de Custeio nas empresas de saúde

Com a necessidade de se analisar o custo-benefício e o impacto orçamentário das inovações em saúde no mundo, para otimizar o uso de recursos escassos e maximizar a qualidade dos serviços prestados, por um lado, enfrentando o aumento dos custos com assistência médica resultante do desenvolvimento de novas tecnologias e do nível de conscientização e expectativas em saúde; por outro, observa-se o potencial dos métodos de custeio, como o Custeio por Absorção, para a avaliação de desempenho das atividades, processos e produtos, das decisões de investimentos, das decisões de comprar ou fabricar e da formação do preço de venda, embora se possam apontar problemas, por exemplo, com o rateio arbitrário dos custos indiretos, que mais esconde do que esclarece questões que as empresas de saúde deveriam resolver (Abbas

et al., 2015; Abbas et al., 2012; Beuren, 1993; Robin Cooper & Kaplan, 1988; Cruz et al., 2021; Dallora & Forster, 2008; Noreen, 1991).

Para solucionar esta questão, há o Custeio Baseado em Atividades, bastante discutido nas duas últimas décadas, no cenário brasileiro, em função do suporte que confere ao processo decisório dos empreendimentos, especialmente, em setores em que os custos fixos são elevados, sendo também indicado em situações em que a produção deve ser flexível para atender aos desejos ou necessidades dos clientes, ou onde a produção tem maior variedade de produtos ou serviços com menor volume por tipo, ou onde a vida útil dos produtos é reduzida, onde existe uma busca por qualidade superior; ou em que o mercado busca evitar ineficiências, possibilitando o consequente gerenciamento baseado em atividades (Abbas et al., 2015; R.S.; Kaplan & Cooper, 1998; Noreen, 1991; Stefano & Freitas, 2014).

Outra vantagem do Custeio Baseado em Atividades (ABC) é que ele aloca os custos em função das atividades que consomem recursos na organização, fazendo com que os objetos de custo (sejam produtos ou serviços) apenas absorvam o custo da estrutura consumida pelas atividades desempenhadas, e destacando os custos da estrutura ociosa, o que permite a implementação de melhorias na gestão dos recursos da empresa, inclusive sob a ótica do custeio variável e o aproveitamento ou não das economias de escala, seu ônus e seus benefícios (Abbas et al., 2012; Beuren, 1993; R. Cooper & Kaplan, 1992; Manikas & Patel, 2016; Perez et al., 2012; Ritzman & Krajewski, 2004; Slack et al., 1999; Teixeira & Daniel, 2015; Wernke & Junges, 2017)

Não obstante, observa-se pequena quantidade de publicações sobre a temática custos em saúde em periódicos, o que corresponde a menos de 2 artigos por ano no período analisado (2001 a 2016), a maioria relativa algum método de custeio, principalmente, o ABC, e a maior parte através de estudos de casos. Nota-se, ainda, que há a necessidade de pesquisas que vão além das aplicações de métodos de custeio e que tragam discussões que possam explicar o uso ou não dos artefatos de gestão e mensuração de custos no contexto das instituições de saúde, focando, no caso brasileiro, em algum setor específico da instituição, devido à complexidade de se estudar esse tipo de organização na sua totalidade (Boutsioli, 2010; Kudlawicz, Claudineia; Corbari, 2010; Milan et al., 2013; Rumbold et al., 2015; Silva et al., 2020; Stefano, 2011; Struett et al., 2007).

No entanto, a ineficácia do uso dos recursos, no Brasil, compromete a qualidade do atendimento e a possibilidade de maiores investimentos (Pires et al., 2018), o que corrobora para a necessidade do estudo dos custos na saúde.

2.4 *Balanced Scorecard* e Indicadores

Pesquisas e publicações indicam aumento no uso de sistemas de gestão de desempenho desenvolvidos com base nos conceitos e na estrutura do *Balanced Scorecard* (BSC), nos últimos 20 anos após a primeira publicação a respeito em 1992 (Banchieri et al., 2011). O BSC permitiu que as empresas acompanhassem os resultados financeiros, enquanto acompanhavam os progressos na construção das habilidades e na aquisição dos ativos intangíveis de que precisariam para o crescimento futuro, ajudando os gestores a construir um consenso sobre a visão e a estratégia da empresa, comunicá-la e ligá-la aos objetivos das áreas e colaboradores, integrar planos de negócios e financeiros, aprender com o desempenho atingido, redefinindo e comunicando a estratégia quando necessário, através da construção de objetivos estratégicos e indicadores sob quatro perspectivas inter-relacionadas: financeira, clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento, de forma que ao acompanhar os indicadores não financeiros, é possível identificar problemas, especialmente num mundo que muda constantemente, e resolvê-los antes que seu impacto atinja os indicadores financeiros (Chenhall & Langfield-Smith, 1998;

R. S. Kaplan & Norton, 1992; Robert S. ; Kaplan & Norton, 1996; Robert S.; Kaplan & Norton, 2017; Oliveira & Malik, 2011).

O BSC foi aplicado com sucesso, na área de saúde, em vários países, como Estados Unidos, Suécia, Taiwan, Espanha, África do Sul, respeitando as realidades específicas das organizações de saúde (Adejoka & Bayat, 2014; Bisbe & Barrubés, 2012; Carvalho et al., 2005; Chang et al., 2008; Chow et al., 1998; Curtright et al., 2000; Gumbus et al., 2003; Kollberg & Elg, 2011; Malik & Teles, 2001a; Mcdonald, 2012; Meliones, 2000; Rumbold et al., 2015; Stewart & Bestor, 2000; Urrutia & Eriksen, 2005; Wiersma, 2009). Não tem sido diferente no Brasil, principalmente, nos serviços nos quais a gestão é considerada uma área relevante, como nos sistemas de saúde, onde qualidade clínica e agilidade de respostas podem significar vida ou morte de pacientes, o que demanda indicadores críticos e de informação precisa, em tempo hábil, mas há que se reconhecer um grande conflito de visões entre os diversos *stakeholders* da saúde, desde profissionais de saúde aos gestores, na medida em que os primeiros focam na qualidade e segurança do paciente e sentem que a gestão (em especial a gestão de custos) pode comprometer estas duas prioridades clínicas (Aidemark, 2001; Malik & Teles, 2001b; OLIVEIRA & MALIK, 2011; Soárez et al., 2005).

3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Corroborando com a literatura (ANAHP, 2023), o mercado, em franca consolidação, tem sido duro com as clínicas, que carecem de poder de barganha em relação aos convênios e planos de saúde, afetando sua sustentabilidade. A partir de 2023, o maior cliente-convênio da clínica B elevou a taxa de glosa e o tempo para pagamento. No final do primeiro semestre, o mesmo cliente abriu um ambulatório na mesma rua da clínica B e alertou os pacientes dos planos mais simples que eles não deviam mais ser atendidos pelas clínicas credenciadas e sim, que deveriam se dirigir ao ambulatório do convênio, em busca de atendimento, tanto para consultas como para procedimentos. Sob o ponto de vista do citado convênio, fica claro o direcionamento do maior número de pacientes, que também representavam os menores *tickets* médios, para sua estrutura própria, trocando custos variáveis por fixos que, por sua vez, seriam diluídos pelo grande volume de pacientes, fazendo crescer sua margem de contribuição, o que corrobora com a literatura estudada (Ritzman & Krajewski, 2004; Rumbold et al., 2015; Slack et al., 1999).

Por outro lado, esta mudança drenou 40% dos pacientes da clínica B, que pertenciam ao convênio em questão, o que despertou a necessidade de lidar com o novo desafio: o de manter o faturamento e a rentabilidade da empresa, apesar das mudanças do mercado.

Outra preocupação foi com o treinamento das funcionárias: a mais experiente e eficiente estava saindo em licença maternidade logo no início da intervenção em início de 2023, mas as sócias confiavam tanto nesta funcionária, que gostariam de preparar um plano de treinamento e desenvolvimento para sua volta, assim como um plano que envolvesse as demais colaboradoras também, considerando a crise ora enfrentada na equipe.

Importante mencionar que entre o final de 2022 e o início da intervenção, em 2023, a equipe sofreu grandes mudanças: além da funcionária de recepção que entrou em licença maternidade, os responsáveis pela manutenção em TI decidiram se desligar de seu contrato de trabalho na clínica e abrirem, juntos, sua própria empresa, passando, assim, a prestar serviços para a clínica, bem como para outros contatos da região. Outra importante mudança foram as aposentadorias de um dos médicos do trabalho, infelizmente, acometido por uma enfermidade, e da outra médica do trabalho, sua esposa, dedicada a seus cuidados, a partir de 2023. Por sua vez, o motorista, que já havia notado a queda de demanda do momento, pediu demissão de suas

funções de exclusividade da clínica, por ter obtido um contrato com outra instituição. Mas colocou-se à disposição, quando possível, para atender à clínica sob demanda, esporadicamente. Da mesma forma, em fevereiro de 2023, uma das três funcionárias de recepção pediu demissão para realizar estágio obrigatório de sua faculdade, reduzindo ainda mais a equipe.

A equipe da clínica se viu reduzida, de repente, a uma médica do trabalho, que era uma das sócias, a outra sócia, que é especialista em reumatologia, o advogado trabalhista, contratado por serviços prestados, a gerente administrativa, duas funcionárias de recepção e administrativas (já que a terceira funcionária estaria em licença maternidade) e uma faxineira-copeira. No mesmo mês, uma das sócias da clínica constatou que passava certo tempo do dia sem consultas e decidiu concentrar suas consultas no período da tarde, assumindo a posição de médica no ambulatório de um hospital das proximidades, no período da manhã, o que deixou sua sala de atendimento livre em todas as manhãs da semana.

Na área de medicina do trabalho, a volta depois da pandemia também modificou as relações de trabalho, permitindo o surgimento de rotinas mais flexíveis e o *home-office*, impactando nos projetos e demandas sobre a área de medicina do trabalho. Assim, apenas um dos clientes tradicionais da empresa continuou seu plano completo de medicina do trabalho, ficando os demais apenas demandantes de consultas de admissão e demissão, que fez cair ainda mais o faturamento no primeiro semestre de 2023.

Toda esta situação despertou a necessidade de se buscarem novos clientes e produtos para serem oferecidos pela clínica, para, mais uma vez, recompor seu faturamento.

4. INTERVENÇÃO PROPOSTA

Diante do exposto, o trabalho se baseou no modelo intervencionista de Labro e Tuomela (2003), para desenvolver e aplicar um sistema de controles gerenciais, com um modelo de mensuração de custos e controles em pequenas empresas do setor de saúde no Brasil, que permitiu a melhoria dos processos internos e, conseqüentemente, dos resultados obtidos. A proposta diferiu de uma consultoria na medida que não apenas identificou o problema e o resolveu, mas também transferiu o conhecimento do pesquisador para o gestor, através da aplicação do método científico, de forma a capacitá-lo a identificar novas situações de fragilidade e aplicar os conceitos compartilhados na nova solução.

Semelhante ao argumento de Valle (2007), a proposta se constituiu em uma metodologia de intervenção para aumentar o desempenho de pequenas empresas, mais, especificamente, do setor de saúde, identificando, inicialmente, os objetivos estratégicos da empresa e seus respectivos fatores críticos de sucesso. A seguir, foi desenvolvido um conjunto de indicadores que equilibravam dimensões financeiras, de processos internos, clientes e de aprendizado e crescimento para orientar a empresa, rumo à consecução de seus objetivos estratégicos. Na implementação da fase de intervenção, foram aplicadas as práticas de contabilidade gerencial, adaptadas à realidade da empresa participante, contribuindo para a geração de valor através do aperfeiçoamento do processo decisório.

5. RESULTADOS OBTIDOS

A Tabela 1 apresenta os objetivos, fatores críticos de sucesso e indicadores resultantes da intervenção.

Objetivo	Fator crítico de sucesso	Métrica	Fonte de dados	Como calcular a métrica	Março	Abril	Maior	Junho
Aumentar o número de pacientes particulares na clínica	Oferecer preços competitivos: consultas particulares	Preço bruto praticado	Relatório de preços	Preço Clínica B	230	230	230	
	Oferecer preços competitivos: pacientes fiéis	Preço bruto cliente fidelidade	Relatório de preços	Preço Fidelidade Clínica B	140	140	140	
	Contactar pacientes dos convênios descredenciados para reconexão como particulares	Número de clientes convertidos	Relatório de clientes convertidos	Número de clientes que eram convênios e se tornaram particulares	5	4	6	
	Atender pacientes da clínica com novas especialidades particulares	Número de pacientes atendidos por novas especialidades, canal particular	Relatório da gerente	Número de pacientes de reumatologia, buscando as novas áreas	0	0	0	
	Atrair pacientes particulares de outros profissionais complementares	Número de novos clientes de outras áreas para reumatologia	Relatório da gerente	Número clientes de outras áreas, buscando reumatologia	0	0	0	

Objetivo	Fator crítico de sucesso	Métrica	Fonte de dados	Como calcular a métrica	Março	Abril	Maior	Junho
Aumentar o número de produtos oferecidos pela clínica	Oferecer serviços de especialidades complementares à reumatologia	Número de novos especialistas na clínica	Informação da diretoria	Número de novos especialistas	0	0	0	0
	Receber novos clientes através das novas especialidades	Número de novos clientes atendidos por nova área	Informação da diretoria	Número de novos clientes atendidos por nova área	0	0	0	0
	Prestar serviços: aconselhamento de tratamentos de infusão etc.	Número de indicações realizadas	Relatório: indicações da gerência	Número de indicações	80	80	90	90
Reduzir custos da clínica	Aumentar a taxa de utilização dos recursos ociosos	% da área da clínica utilizada	Relatório: utilização de recursos	% área usada versus total disponível	60%	60%	60%	60%
	Renegociar gastos fixos	Valores gastos fixos	Relatórios gastos fixos	Valor gasto por mês	5.794	5.779	5.764	5.764
Criar um plano de desenvolvimento de funcionários	Mapeamento: necessidades de aprimoramento dos colaboradores	Número de funções mapeadas	Relatório: Mapa de funções	Número de funções mapeadas	0	0	1	1
	Criação de métricas de avaliação de funcionários, por função	Quantidade de funcionários com métricas	Relatório: avaliação funcionário	% funcionários com métricas, por função	0%	0%	100%	100%

Fonte: elaborado pelos autores

Um primeiro objetivo discutido, de aumento do número de convênios credenciados, não obteve êxito, já que o setor de saúde caminha para o oposto: os convênios têm descredenciado as clínicas particulares para planos mais simples, desviando a demanda para seus próprios hospitais e ambulatórios. Tal objetivo foi retirado do mapa nas primeiras reuniões, por não se adaptar à realidade. Por outro lado, a clínica obteve sucesso quanto ao objetivo de aumentar o número de clientes particulares: aproveitando-se de sua ótima reputação e da lealdade de seus atuais clientes, a clínica converteu clientes dos planos descredenciados e clientes que perderam seus planos por questões econômicas, para clientes particulares do canal fidelidade, cujo preço é inferior ao de uma consulta particular (de valor sem desconto) mas ainda maior que o dobro do valor de uma consulta de convênio, aumentando a receita com tais clientes; da mesma forma, atraiu novos clientes através da abertura de uma nova especialidade, complementar à reumatologia, qual seja a geriatria.

A abertura da nova especialidade, por sua vez, também logrou aumentar a receita de um mesmo paciente, já que o atendeu com duas especialidades. Finalmente, a introdução da profissional geriatra contribuiu reduzindo a taxa de ociosidade da sala que estava desocupada pelo período da manhã, auxiliando na consecução do objetivo de redução de custos da clínica.

Outro sucesso obtido foi relativo ao novo serviço de atendimento de pacientes para laboratórios de infusões, contribuindo para reduzir o custo variável de tais laboratórios, ao mesmo tempo que elevava a receita da clínica com o acompanhamento dos pacientes de infusões, e colaborando para diversificar mais uma vez a fonte de receitas.

Finalmente, foi feito um mapeamento das necessidades de conhecimentos e habilidades de cada colaborador da clínica, no desempenho de suas funções, com o objetivo de prover o treinamento necessário, bem como avaliar seu desempenho e contribuição e envolvê-lo na direção do cumprimento dos objetivos estratégicos de curto e longo prazos, o que mostrou que havia duas funcionárias cujas funções poderiam ser redistribuídas, de forma a reduzir os custos da clínica. Ao mesmo tempo, percebeu-se que havia oportunidades de sinergias entre a clínica e seu colaborador contratado, o advogado trabalhista, o que tem gerado novas negociações para aumento da carteira de clientes de medicina do trabalho.

Em segunda fase da intervenção, foi utilizado o ABC para se calcularem os custos de cada procedimento, bem como se identificar o custo de ociosidade da estrutura subutilizada. A clínica não abria às sextas e sábados, pois a sócia de medicina do trabalho desempenhava as visitas aos clientes nos dias de menor movimento, ficando sua estrutura ociosa por cerca de 60 horas por mês. No entanto, ao descobrirem o custo de ociosidade do recurso que é pago mensalmente (aluguel), as sócias decidiram reabrir a clínica, aproveitando o tempo de sextas e sábados para gerar receitas extras, contando com novas especialidades complementares.

A última fase da intervenção se voltou ao cálculo do preço de seus serviços, observando que, embora a margem de contribuição de todos os serviços seja positiva e perto dos 90%, há alguns produtos cujo preço atual (considerando a demanda) não foi capaz de cobrir os custos fixos, gerando margem bruta negativa, em especial na área de medicina do trabalho, em linha com a literatura (Dallora & Forster, 2008; Teixeira & Daniel, 2015). Neste caso, a clínica argumentou que se a margem de contribuição do serviço é positiva, ela prefere praticar preços mais baixos no primeiro momento para reconquistar o mercado de medicina do trabalho, neste momento pós-pandemia, ganhando, com o aumento de clientes.

6. CONTRIBUIÇÃO TECNOLÓGICA/SOCIAL

O processo de levantamento de objetivos estratégicos, fatores críticos de sucesso e respectivos indicadores constituiu-se em uma importante ferramenta de reflexão para a empresa, contribuindo, inclusive, para o desenvolvimento de habilidades nas gestoras, quanto a controles necessários, corroborando com os benefícios que a literatura aponta para a intervenção, enquanto metodologia de pesquisa (Chenhall & Langfield-Smith, 1998; Pedroso & Gomes, 2020; Pelz, 2019; Suomala & Lyly-yrjänäinen, 2010).

O processo enfrentou desafios já apontados pela literatura, como mudança de equipe, falta de tempo e recursos para o controle, além da consolidação do mercado de planos de saúde, que impacta nas pequenas clínicas parceiras (ANAHP, 2023; Garengo et al., 2005; Robson & Bennett, 2000).

Na empresa B, o ABC evidenciou procedimentos precificados abaixo do valor justo, dado seu alto custo ao demandar muito tempo em atividades de um recurso caro da empresa, que é a hora do médico, além de evidenciar ociosidade de recursos e proporcionar informações para a tomada de decisão bem fundamentada, considerando como os objetivos estratégicos, em linha com a literatura citada (Abbas et al., 2015; ABBAS et al., 2012; Bittar & Magalhães, 2010; Leoncine et al., 2012; Miranda et al., 2007; Teixeira & Daniel, 2015; Wernke & Junges, 2017).

A transferência de conhecimento, entre pesquisador e gestores, ocorreu através, da introdução de novos profissionais e parcerias, a redução dos custos, além do cálculo de preços e respectivas decisões. Segundo os termos de Jönsson e Lukka (2007), foi uma intervenção de grau forte, pois teve escopo amplo, melhoras profundas e desenho de controles. Sua validade foi forte, segundo Kasanen, Lukka e Siitonen (1993), na medida que os gestores adotaram os controles desenvolvidos, mas também se motivaram a criarem seus próprios relatórios e usarem as informações levantadas para a tomada de decisão.

Finalmente, para a comunidade, a pesquisa contribui mostrando que é possível aplicarem-se os conceitos de controladoria, custos e indicadores estratégicos em uma pequena empresa, com completa aderência dos gestores, a partir da devida adaptação para a realidade da companhia, atendendo ao *gap* detectado na literatura (Pelz, 2019).

Referências

- ABBAS, K., GONÇALVES, M. N., & Leoncine, M. (2012). Os Métodos De Custeio: Vantagens, Desvantagens E Sua Aplicabilidade Nos Diversos Tipos De Organizações Apresentadas Pela Literatura the Costing Methods: Advantages, Disadvantages and This Applicability in Various Types of Organizations Presented in Litera. *ConTexto*, v. 12, n., 145–159.
- Abbas, K., Marques, K. C. M., Tonin, J. M. da F., Sasso, M., & Leoncine, M. (2015). Os Métodos De Custeio Discutidos Na Literatura São Os Mesmos Usados Na Prática Em Hospitais? *ABCustos*, 10(1), 69–89. <https://doi.org/10.47179/abcustos.v10i1.306>
- Adejoka, A. B., & Bayat, P. M. S. (2014). Evaluation of Performance Management And Development Systems With BSC As A Performance Appraisal Tool. *Journal of Research And Development*, 1(7), 7–24.
- Aidemark, L.-G. (2001). The Meaning of Balanced Scorecards in the Health Care Organisation. *Financial Accountability and Management*, 17(1), 23–40. <https://doi.org/10.1111/1468-0408.00119>
- ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. (2023). *Sumário*.

- <https://www.anahp.com.br/publicacoes/observatorio-2023/>
- Associação Nacional de Hospitais Privados. (2021). *ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados*.
- Banchieri, L. C., Planas, F. C., Victoria, M., & Rebull, S. (2011). What Have Been Said, and what remains to be said, about the balanced scorecard? *Journal of Economics*, 29(43204), 155–192.
- BEUREN, I. M. (1993, February). Evolução Histórica da Contabilidade de Custos. *Contabilidade Vista & Revista*.
- Bisbe, J., & Barrubés, J. (2012). The Balanced Scorecard as a Management Tool for Assessing and Monitoring Strategy Implementation in Health Care Organizations. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 65(10), 919–927. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2012.05.011>
- Bittar, O. J. N. V. ;, & Magalhães, A. (2010). Hospitais de Ensino no Estado de São Paulo : seis anos de acompanhamento. *Ras, especial*(January 2010), 155–213.
- Boutsoli, Z. (2010). The Greek hospital sector and its cost efficiency problems in relation to unexpected hospital demand: A policy-making perspective. *Review of European Studies*, 2(2), 170–187. <https://doi.org/10.5539/res.v2n2p170>
- Brito, I. de A. L. e.; Araujo, J. C. O., Caldas, A. J. R., & Lima, J. de M. (2021). *I www.congressosp.fipecafi.org*. 1–18. <https://congressosp.fipecafi.org/anais/21UspInternational/ArtigosDownload/3485.pdf>
- Callado, A. L. C., Miranda, L. C., & Callado, A. A. C. (2003). Fatores associados à Gestão de Custos : um estudo nas micro e pequenas empresas do setor de confecções Factors Related to Cost Management : A Study among Micro and Small Companies of the Clothing Sector. *Revista Da Produção*, 13(1), 64–75. <https://www.scielo.br/pdf/prod/v13n1/v13n1a06.pdf>
- Carvalho, F. D. M., Dias, L. N. D. S., & Prochnik, V. (2005). A utilização do Balanced Scorecard em hospitais: o caso do Hospital Nove de Julho. *Anais Do Congresso*, 1. <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/2058>
- Chang, W. C., Tung, Y. C., Huang, C. H., & Yang, M. C. (2008). Performance improvement after implementing the Balanced Scorecard: A large hospital's experience in Taiwan. *Total Quality Management and Business Excellence*, 19(11), 1143–1154. <https://doi.org/10.1080/14783360802323560>
- Chenhall, R. H., & Langfield-Smith, K. (1998). The relationship between strategic priorities, management techniques and management accounting: An empirical investigation using a systems approach. *Accounting, Organizations and Society*, 23(3), 243–264. [https://doi.org/10.1016/S0361-3682\(97\)00024-X](https://doi.org/10.1016/S0361-3682(97)00024-X)
- Chow, C. W., Ganulin, D., & Haddad, K. (1998). The balanced scorecard: A potent tool for energizing and focusing healthcare organization management. *Journal of Healthcare Management*, 43(3), 263–280. <https://doi.org/10.1097/00115514-199805000-00010>
- Cooper, R., & Kaplan, R. (1992). Activity-Based Systems: measuring the costs of resource

- usage. *Accounting Horizons*, 6(3), 1.
- Cooper, Robin, & Kaplan, R. S. (1988). Measure Costs Right: Make the Right Decision. *Harvard Business Review*, 66(5), 96–103.
- Cruz, N. G. da;, Gonzaga, R. P., & Matos, E. R. J. de. (2021). Sistema de custo em hospitais mineiros que prestam serviços ao sus sob a perspectiva contingencial. *Enfoque: Reflexão Contábil*, 40(3), 117–137. <https://doi.org/10.4025/enfoque.v40i3.52044>
- Curtright, J. W., Stolp-Smith, S. C., & Edell, E. S. (2000). Strategic performance management: Development of a performance measurement system at the mayo clinic. *Journal of Healthcare Management*, 45(1), 58–68. <https://doi.org/10.1097/00115514-200001000-00014>
- Dallora, M. E. L. V., & Forster, A. C. (2008). a Importância Da Gestão De Custos Em Hospitais De Ensino - Considerações Teóricas. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*, 41(2), 135. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v41i2p135-142>
- Garengo, P., Biazzo, S., & Bititci, U. S. (2005). Performance measurement systems in SMEs: A review for a research agenda. *International Journal of Management Reviews*, 7(1), 25–47. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2005.00105.x>
- Gebreiter, F. (2014). “Comparing the incomparable”: Hospital costing and the art of medicine in post-war Britain. *British Accounting Review*, 48(2), 257–268. <https://doi.org/10.1016/j.bar.2015.01.002>
- Gumbus, A., Bellhouse, D. E., & Lyons, B. (2003). A Three Year Journey to Organizational and Financial Health Using the Balanced Scorecard. *Journal of Business & Economic Studies*, 9(2), 54–64.
- Igartua-López, J. I., Retegi-Albisua, J., Ruiz, M., & Mindegia, M. (2021). Evaluation of a strategy-oriented method to identify and prioritise knowledge management initiatives in smes. *Journal of Industrial Engineering and Management*, 14(1), 3–14. <https://doi.org/10.3926/jiem.3277>
- Jönsson, S., & Lukka, K. (2007). There and Back again: Doing interventionist research in management accounting. *Handbook of Management Accounting Research*, 1, 373–397.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). The Balanced Scorecard - Measures That Drive Performance. *Harvard Business Review*, January-Fe.
- Kaplan, R.S.;; & Cooper, R. (1998). *Custo e desempenho: administre seus custos para ser mais competitivo* (O.P.Traduições (ed.)). Futura.
- Kaplan, Robert S. ;, & Norton, D. P. (1996). Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. *Harvard Business Review*, 74(September), 75–85.
- Kaplan, Robert S.;; & Norton, D. P. (2017). *Mapas Estratégicos - Convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis* (Elsevier (ed.); 25th ed.). Alta Books.
- Kasanen, E., Lukka, K., & Siitonen, A. (1993). The Constructive Approach in Management Accounting Research. *Journal of Management Accounting Research*, 5(April 1991), 243–264.

- Kollberg, B., & Elg, M. (2011). The practice of the Balanced Scorecard in health care services. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 60(5), 427–445. <https://doi.org/10.1108/17410401111140374>
- Kudlawicz, Claudineia; Corbari, E. C. (2010). Custos na prestação de serviços : Uma aplicação do custo por departamento em uma organização hospitalar Custos na prestação de serviços : Uma aplicação do custo por. *XVII Congresso Brasileiro de Custos*.
- Labro, E., & Tuomela, T.-S. (2003). On bringing more action into management accounting research : process considerations based on two constructive case studies. *European Accounting Review*, 12(3), 409–442.
- Leoncine, M., Bornia, A. C., & Abbas, K. (2012). Sistemática para apuração de custos por procedimento médico-hospitalar. *Production*, 23(3), 595–608. <https://doi.org/10.1590/s0103-65132012005000093>
- Leone, N. M. de C. P. G. (1999). As especificidades das PME. In *Revista de Administração* (Vol. 34, Issue 2, pp. 91–94).
- Macario, A. (2006). Are Your Hospital Operating Rooms Efficient? *Anesthesiology*, 105(2006).
- Malik, A. M., & Teles, J. P. (2001a). Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, 41(3), 51–59. <https://doi.org/10.1590/s0034-75902001000300006>
- Malik, A. M., & Teles, J. P. (2001b). Hospitais e Programas de Qualidade no Estado de São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, 41(3).
- Manikas, A. S., & Patel, P. C. (2016). Managing sales surprise: The role of operational slack and volume flexibility. *International Journal of Production Economics*, 179, 101–116. <https://doi.org/10.1016/j.ijpe.2016.05.019>
- Mcdonald, B. (2012). A Review of the Use of the Balanced Scorecard in Healthcare. In *BMcD Consulting* (Issue April 2012).
- Médici, A. (2021). A sustentabilidade econômico-financeira dos hospitais durante a pandemia. *Observatório ANAHP 2021*, 28–51.
- Meliones, J. (2000). Saving Money, Saving Lives. *Harvard Business Review*, December.
- Milan, G. S., Toni, D. De, Larentis, F., & Gava, A. M. (2013). Relationship Between Prices and Costing Strategies. *Revista de Ciências e Administração*, 15(36), 229–245.
- Ministério da Economia do Brasil. (2023). *Boletim do 2º quadrimestre/2023*. <https://www.gov.br/empresas-e-negocios/pt-br/mapa-de-empresas/boletins/mapa-de-empresas-boletim-2o-quadrimestre-2023.pdf>
- Miranda, G. J., Carvalho, C. E. de, Martins, V. F., & Faria, A. F. de. (2007). Custeio ABC no ambiente hospitalar: um estudo nos hospitais universitários e de ensino brasileiros. *Revista Contabilidade & Finanças*, 18(44), 33–43. <https://doi.org/10.1590/s1519-70772007000200004>
- Noreen, E. (1991). Conditions Under Which Activity-Based Cost Systems Provide Relevant

- Costs. *Journal of Management Accounting Research*, 3((fall)), 159–168.
- OLIVEIRA, A. E. M. ., & MALIK, A. (2011). Avaliação de Resultados. In *Gestão em Saúde* (2nd ed., pp. 138–143). Guanabara Koogan.
- Paul J. A. Robson, & Robert J. Bennett. (2000). SME Growth: The Relationship with Business Advice and External Collaboration. *Small Business Economics*, 15, 193–208.
- Pedroso, E., & Gomes, C. F. (2020). The effectiveness of management accounting systems in SMEs: a multidimensional measurement approach. *Journal of Applied Accounting Research*, 21(3), 497–515. <https://doi.org/10.1108/JAAR-05-2018-0059>
- Pelz, M. (2019). Can Management Accounting Be Helpful for Young and Small Companies? Systematic Review of a Paradox. *International Journal of Management Reviews*, 21(2), 256–274. <https://doi.org/10.1111/ijmr.12197>
- Perez, J. H., Oliveira, L. M., & Costa, R. G. (2012). *Gestão Estratégica de Custos* (8th ed.). Atlas.
- Pires, M. B. N., Oliveira, R. de, Alcantara, C. C. V., & Abbas, K. (2018). Relação Entre a Remuneração Do Sistema Único De Saúde , Os Custos Dos Procedimentos Hospitalares E O Resultado : Estudo Nas Santas Casas De Misericórdia Do Estado De São Paulo Relationship Between the Remuneration of the Unified Health System , the Costs. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação Em Saúde*, 14(3), 16–33.
- Ramos, A. W., & Miyake, D. I. (2010). Desenvolvendo Indicadores de Produtividade e Qualidade em Hospitais: Uma Proposta de Método. *Produto & Produção*, 11(2), 67–84. <https://doi.org/10.22456/1983-8026.7517>
- Ritzman, L. P., & Krajewski, L. J. (2004). *Administração da produção e Operações* (1st ed.). Pearson.
- Rumbold, B. E., Smith, J. A., Hurst, J., Charlesworth, A., & Clarke, A. (2015). Improving productive efficiency in hospitals: Findings from a review of the international evidence. *Health Economics, Policy and Law*, 10(1), 21–43. <https://doi.org/10.1017/S174413311400022X>
- Sebrae. (2014). Causa Mortis. In *Sebrae*. https://www.sebrae.com.br/Sebrae/Portal/Sebrae/UFs/SP/Pesquisas/CAUSA_MORTIS_vf.pdf
- SEBRAE. (2020). *Participação das MPE na economia nacional e regional*. <https://sebraers.com.br/pequenos-negocios-ja-representam-30-do-produto-interno-bruto-do-pais/>
- SEBRAE. (2021). *O impacto da pandemia de coronavírus nos pequenos negócios-10ª edição*.
- Silva, B. N. da, Alcantara, C. C. V. de, Baiocchi, S. V. F., & Maringá, K. A. (2020). 16 Anos de Estudos Sobre a Gestão de Custos em Hospitais : Realizações , Lacunas e Oportunidades de Pesquisas Futuras. *Pensar Contábil*, 22(79), 4–17.
- Skouloudis, A., Tsalis, T., Nikolaou, I., Evangelinos, K., & Filho, W. L. (2020). Small & medium-sized enterprises, organizational resilience capacity and flash floods: Insights from a literature review. *Sustainability (Switzerland)*, 12(18). <https://doi.org/10.3390/SU12187437>

- Slack, N., Chambers, S., Harland, C., Harrison, A., & Johnston, R. (1999). *Administração da Produção* (Edição Com). Atlas.
- Soárez, P. C. de, Padovan, J. L., & Ciconelli, R. M. (2005). Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção. *Revista de Administração Em Saúde*, 7, 57–64.
- Stefano, N. M. (2011). Gerenciamento de Custos em Pequenas Empresas Prestadoras de Serviço Utilizando o Activity Based Costing. *Estudios Gerenciales*, 27(121).
- Stefano, N. M., & Freitas, M. do C. D. (2014). Framework: Activity-based costing in services. *Revista de Administração Da UFSM*, 7(1), 153–169.
<https://doi.org/10.5902/1983465910079>
- Stewart, L. J., & Bestor, W. E. (2000). Applying a Balanced Scorecard to Health Care Organizations. *Journal of Corporate Accounting and Finance*, 11(3), 75–82.
[https://doi.org/10.1002/1097-0053\(200003/04\)11:3<75::AID-JCAF12>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/1097-0053(200003/04)11:3<75::AID-JCAF12>3.0.CO;2-Y)
- Struett, M. A. M., Souza, A. A. de;, & Raimundini, S. L. (2007). Aplicação do Custeio Baseado em Atividades: estudo de caso em um laboratório de análises clínicas. *Contexto (UFRGS)*, 7, 7–31. 16766016
- SUOMALA, P. ., & Lyly-yrjänäinen, J. (2010). Interventionist management accounting research : lessons learned. *Research Executive Summaries*, 6(1), 1–10.
- Teixeira, A. B. de S. D., & Daniel, N. M. (2015). O CUSTEIO VARIÁVEL E O RISCO DO NEGÓCIO. *Revista de Contabilidade e Controladoria*, 8, 8–25.
- Tronchin, D. M. R., Melleiro, M. M., Kurcgant, P., Garcia, A. N., & Garzin, A. C. A. (2009). Subsídios Teóricos para a Construção e Implantação de Indicadores de Qualidade em saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, set;(30), 542–546.
- Urrutia, I., & Eriksen, S. D. (2005). Application of the balanced scorecard in Spanish private health-care management. *Measuring Business Excellence*, 9(4), 16–26.
<https://doi.org/10.1108/13683040510634808>
- Valle, J. A., Júnior, A., & Klippel, M. (2007). *Competitividade Das Micro E Pequenas Empresas Brasileiras: Uma Proposição Metodológica*. 11, 66–76.
- Ven, A. H. Van de. (2007). Engaged Scholarship: A Guide for Organizational and Social Research. In *Oxford University Press* (1st ed.). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1063/1.1136836>
- Wernke, R., & Junges, I. (2017). Influência Da Ociosidade Fabril No Custo Unitário Do Produto: Comparativo Entre Os Métodos Tdabc E Absorção. *Revista de Gestão, Finanças e Contabilidade*, 7, 362–378.
- Wiersma, E. (2009). For which purposes do managers use Balanced Scorecards?. An empirical study. *Management Accounting Research*, 20(4), 239–251.
<https://doi.org/10.1016/j.mar.2009.06.001>
- Xavier, V. F., & Bertaci, M. J. (2018). a Importância Das Micro E Pequenas Empresas Para O Crescimento Do País. *Revista Interface Tecnológica*, 15(2), 161–173.
<https://doi.org/10.31510/infa.v15i2.392>