



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Fábio Arnaldo de Souza Aguiar Miranda

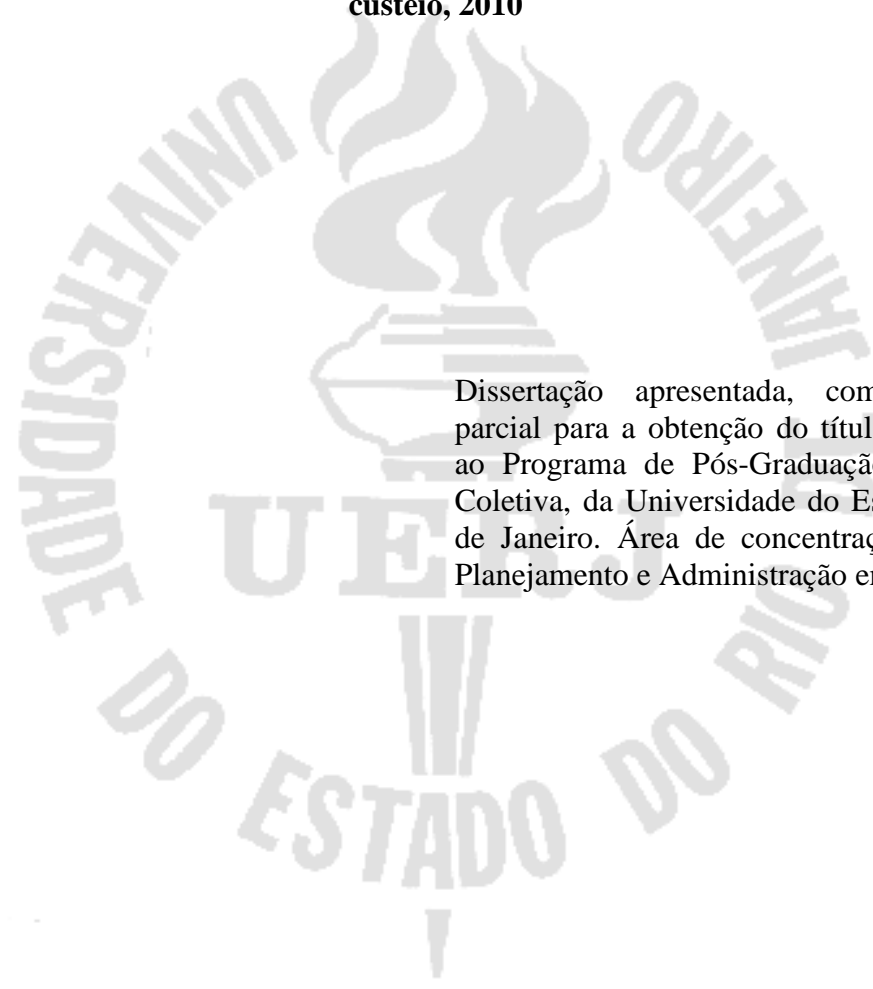
Rede hospitalar federal no Rio de Janeiro: a viabilidade de implantação de sistemas de custeio, 2010

Rio de Janeiro

2010

Fábio Arnaldo de Souza Aguiar Miranda

Rede hospitalar federal no Rio de Janeiro: a viabilidade de implantação de sistemas de custeio, 2010



Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Cid Manso de Mello Vianna

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

M672 Miranda, Fábio Arnaldo de Souza Aguiar.

Rede hospitalar federal no Rio de Janeiro: a viabilidade de implantação de sistema de custeio, 2010 / Fábio Arnaldo de Souza Aguiar Miranda. – 2010.

32 f.

Orientador: Cid Manso de Mello Vianna.

Dissertação (Mestrado profissional) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Hospitais – Controle de custos – Teses. 2. Hospitais – Administração - Teses. 3. Custeio baseado em atividades – Teses. 4. Sistema de recuperação de informação – Hospitais – Teses. 5. Gastos em saúde. I. Vianna, Cid Manso de Mello. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.003.12

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Fábio Arnaldo de Souza Aguiar Miranda

Rede Hospitalar Federal no Rio de Janeiro: a viabilidade de implantação de sistemas de custeio, 2010

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 26 de maio de 2010.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Cid Manso de Mello Vianna (Orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Gabriela Bittencourt Gonzalez Mosegui
Instituto de Saúde da Comunidade – UFF

Prof. Dr. Antonio Augusto de Freitas Peregrino
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2010

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Cid Manso Vianna, pelas observações sempre pertinentes e pela serenidade transmitida ao longo da elaboração deste trabalho.

A Profa. Dra. Gabriela Mosegui, pelo constante apoio e a infindável paciência, amiga sempre presente, e que teve um papel fundamental no desenvolvimento deste estudo.

A minha companheira, Luciana, que independente do “volume” diário de nossas atribuições, sempre me reconfortava com uma palavra de apoio.

Aos meus filhos Paulo Victor, Ana Clara e Ana Beatriz, faróis em minha vida.

E finalmente, a cada pessoa querida que, direta ou indiretamente, me apoiou ao longo dessa empreitada.

Se você não pensa no futuro, você não pode ter um.

John Galsworthy (Prêmio Nobel de Literatura de 1932)

RESUMO

MIRANDA, Fábio Arnaldo de Souza Aguiar. *Rede Hospitalar Federal no Rio de Janeiro: viabilidade de implantação de sistemas de custeio*. 2010. 32f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

Este estudo objetivou analisar a viabilidade de implantação de sistemas de custeio na Rede Hospitalar Federal no Rio de Janeiro, investigando a existência de sistemas de custeio implantados, e, em caso positivo, quais os métodos de custeio utilizados, o perfil das unidades e dos gestores, bem como suas experiências em utilização de sistemas de custeio e suas percepções sobre a questão da implantação de sistemas desta natureza nas unidades analisadas. Para tanto, realizou-se um estudo exploratório, qualitativo. Empregou-se como instrumento de um questionário estruturado, contendo perguntas fechadas e abertas, que foi aplicado aos diretores gerais, coordenadores assistenciais e aos coordenadores administrativos - bem como com alguns responsáveis por áreas financeiras e áreas afins, dos 6 hospitais que compõem a Rede Hospitalar Federal do Rio de Janeiro, no período compreendido entre novembro de 2009 e março de 2010. As respostas ao questionário foram tabuladas e analisadas com o aplicativo estatístico EXCEL versão 7.0 da Microsoft. O estudo revelou que a Rede Hospitalar Federal do Rio de Janeiro não utiliza quaisquer formas de apuração de custos e que os gestores consideram o momento como propício a implantação de sistemas de custeio nestas unidades. Algumas questões importantes foram apontadas, como a não utilização de quaisquer sistemas de custeio e a existência de um ambiente favorável ao início de trabalhos de implantação de sistemas de custeio nas unidades.

Palavras-chave: Sistemas de custeio. Rede hospitalar federal. Controle de gastos em saúde. Administração pública.

ABSTRACT

This study aimed to examine the feasibility of deployment of costing systems in the Federal Network of Hospitals in Rio de Janeiro, investigating the existence of costing systems deployed, and if so, which of the costing methods used, the profile of the units and their managers as well as their experiences in the use of costing systems and their perceptions on the issue of deployment of the systems in production services. To this end, we carried out an exploratory, qualitative. Was employed as an instrument of a structured questionnaire containing closed and open questions, which was applied to general managers, care coordinators and administrative coordinators - as well as some areas responsible for financial and related fields, the six hospitals comprising the Network Hospital Federal do Rio de Janeiro during the period between November 2009 and March 2010. The questionnaire responses were tabulated and analyzed with the statistical application of Microsoft EXCEL version 7.0. The study revealed that the Federal Network of Hospitals in Rio de Janeiro does not use any form of cost settlement and that the managers consider the propitious moment as the deployment of costing systems in these units. Some important issues have been identified as not using any cost systems and the existence of a favorable environment for the early deployment jobs costing systems in the units.

Keywords: Costing system. Network hospital of Rio de Janeiro. Cost control in health administration.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Área programática das unidades de saúde da RHF/RJ	19
Quadro 2	Distribuição de entrevistas na unidades da RHF/RJ.....	20
Gráfico 1	Distribuição das amostras por faixa etária.....	22
Quadro 3	Número de funcionários e capacidade instalada.....	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil da amostra de gestores e profissionais das UFs.....	23
Tabela 2	Perfil das unidades federais.....	25
Tabela 3	Conhecimento dos gestores sobre sistemas de custeio.....	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Área Programática de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CGPO/DGH	Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento do DGH
DGH/RJ	Departamento de Gestão Hospitalar do Rio de Janeiro
GM	Gabinete Ministerial
HFA	Hospital Federal do Andaraí
HFB	Hospital Federal de Bonsucesso
HFI	Hospital Federal de Ipanema
HFJ	Hospital Federal de Jacarepaguá
HFL	Hospital Federal da Lagoa
HFS	Hospital Federal dos Servidores
INDG	Instituto Nacional de Desenvolvimento Gerencial
MS	Ministério da Saúde
NGE	“Novos Gestores” - Profissionais com contrato Federal Temporário, que participam do processo de reestruturação das unidades, com o INDG, sob a coordenação da SAS/MS)
PNGC	Programa Nacional de Gestão de Custos
RHF/RJ	Rede Hospitalar Federal no Rio de Janeiro
SAS/MS	Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIG	Sistemas de Informação Gerencial
SIGA/BRASIL	Banco de Dados sobre a execução do Orçamento Público
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade Federal

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	OBJETIVOS	15
1.1	Geral	15
1.2	Específico	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	Sistema de custeio	16
2.2	A cultura organizacional	17
3	METODOLOGIA	18
3.1	Caracterização da pesquisa	18
3.2	Cenário da pesquisa	18
3.3	População fonte	19
3.4	Amostra	20
3.5	Questões éticas	20
3.6	Fontes de informação	20
4	RESULTADO DA PESQUISA	22
4.1	Perfil profissional, das unidades e conhecimento sobre sistemas	22
4.2	Análise das entrevistas	26
5	DISCUSSÃO	29
6	CONCLUSÃO	31
	REFERÊNCIAS	32

INTRODUÇÃO

A década de 90 marcou o mundo com profundas mudanças sociais, políticas e principalmente econômicas. O avanço do capitalismo trouxe um novo conceito de globalização, que forçando a abertura das fronteiras dos países, internalizou uma nova concepção das relações comerciais. O movimento neoliberal, iniciado na década de 80, veio acompanhado da ideologia de Livre Mercado, na qual uma nova ordem econômica foi imposta a países em desenvolvimento, que se viram forçados a aceitar estas novas regras (GONÇALVES, 2003).

Este novo modelo exigiu políticas públicas austeras, privatizações de empresas estatais, um significativo aumento de impostos, e a elevação das taxas de juros, medidas que conferiram um viés recessivo a estas economias. Em paralelo a estas ações, a liberalização e desregulamentação dos mercados econômicos se tornaram uma das exigências deste novo modelo.

Segundo Gonçalves (2003), no Brasil, o aparecimento de um mercado globalizado para bens e serviços, fez com que os gestores de instituições públicas sofressem as conseqüências desta abertura econômica, principalmente na organização das redes de serviços de saúde. As pressões de grupos econômicos pela continuidade da utilização de determinadas tecnologias, e/ou pela incorporação de novas tecnologias e novos insumos - geralmente a preços mais elevados, tornou-se uma constante. A dificuldade nestas escolhas reside principalmente, na inexistência de Sistemas de Informação Gerencial - SIG, particularmente os sistemas de custeio, que possam fundamentar decisões estratégicas.

O desconhecimento destes dados traz uma série de problemas aos gestores públicos, entre os quais, o da política de alocação de verbas. Na opinião de diversos representantes de segmentos da sociedade, os valores atuais são insuficientes para fazerem face aos gastos, e de maneira categórica, pleiteiam o aumento do financiamento da saúde no Brasil para valores proporcionais a países europeus ou norte americano (EUA e Canadá), ou ainda, dependendo da situação e momento, a realocação de recursos baseados em critérios meramente assistencialistas.

Em 2009, o *Sistema Único de Saúde - SUS* - consumiu um total R\$ 59.519 milhões¹ no financiamento das ações de saúde no Brasil. Por sua vez, neste mesmo período, o

¹ Fonte: SIGA BRASIL / <http://www.orcamento.org/> LOA 2009 - Execução Orçamentária do MS

Ministério da Saúde disponibilizou a *Rede Hospitalar Federal do Rio de Janeiro*, um total de 685 milhões² para financiamento de suas operações nos hospitais próprios.

Uma análise inicial poderia levar a crença de que estes valores são elevados, porém são suficientes? Os recursos disponíveis estão sendo consumidos de maneira eficiente? Os valores envolvidos no financiamento da prestação de serviços nas unidades de saúde são compatíveis aos valores de mercado? O orçamento da União para a promoção, prevenção e assistência médico-hospitalar, é (in) suficiente para atender a demanda da população brasileira?

Difícilmente haveria uma resposta a estes questionamentos, pois a grande maioria dos serviços de saúde no Brasil não dispõe processos para controle de seus gastos, que possam fundamentar quaisquer respostas desta natureza. Os valores globais são conhecidos e divulgados pelos sites oficiais do Governo Federal, porém, quando a questão se volta para os procedimentos individualizados, ou como se diz popularmente os “valores pagos na ponta”, estes valores são desconhecidos.

Nota-se claramente a importância de sistemas que permitam: o acompanhamento dos valores gastos nas ações de saúde; se a alocação dos recursos está sendo feita de maneira ideal, e principalmente, se estes valores estão compatíveis aos valores pagos pelo mercado para procedimentos de mesma natureza. Sem dúvida, a implantação de sistemas de custeio viria de encontro às necessidades dos gestores, e traria respostas para estas indagações. Porém, quão difícil seria a execução de uma tarefa desta magnitude? Quais os principais obstáculos que poderiam comprometer o sucesso de uma empreitada desta importância? Por acreditar que entre os diversos fatores existentes, talvez o mais importante seja a sensibilização das pessoas envolvidas no processo, estamos propondo este estudo.

² Fonte: CGPO/DGH, dez /2009;

APRESENTAÇÃO

Os Serviços Públicos de Saúde do Brasil, tradicionalmente não utilizam sistemas de gestão integrados ou sistemas de custeio para controle dos gastos de suas atividades de prestação de serviços. Desta maneira, é difícil estimar os custos envolvidos em cada etapa do processo de cuidado, dada impossibilidade de uma avaliação precisa sobre os procedimentos executados e se estão sendo remunerados por valores compatíveis aos valores de mercado.

Sem valores que possam servir de base de comparação, os gestores das unidades de saúde encontram dificuldades na tomada de decisões que envolvam a escolha da alocação dos recursos, e principalmente, na avaliação da incorporação ou na continuidade de determinadas tecnologias de saúde.

Em março de 2005, por ocasião da “refederalização³” dos Hospitais da Lagoa, de Ipanema, de Jacarepaguá e do Andaraí, no Rio de Janeiro, houve a centralização da coordenação da gestão destas unidades no *Departamento de Gestão Hospitalar do Ministério da Saúde* - DGH/RJ/MS. Após o período inicial de retomada e estabilização da prestação dos serviços de saúde à população fluminense, foi criada em 2009 a ***Rede Hospitalar Federal do Rio de Janeiro***, com a inclusão dos Hospitais de Bonsucesso e do Hospital dos Servidores. Esta medida fez naturalmente surgir à necessidade de implantação de sistemas de informação gerencial, que possibilitem o levantamento dos dados de produção e de valores relativos aos serviços de saúde prestados nestas unidades.

Objetivando identificar a existência de sistemas de custeio ou mesmo quando não existentes, as condições favoráveis para sua implantação, foi realizada uma pesquisa de campo, exploratória, onde foram entrevistados os principais gestores destas unidades - ***diretores gerais, os coordenadores assistências, e os coordenadores administrativos*** - bem como alguns responsáveis por áreas financeiras e áreas afins.

“Existem condições para implementação de sistemas de custeio nestas unidades?”

Este questionamento inicial nos levou a traçar o perfil profissional destes gestores, identificando sua formação acadêmica, suas experiências em gestão de unidades de saúde, e o tempo de carreira no funcionalismo público. Outros pontos considerados relevantes, também foram levantados, pois segundo MARTINS (2001, p.377) “Qualquer que seja o sistema a ser adotado, qualquer que seja o numero de detalhes a sua alimentação e qualquer que seja a finalidade de sua implementação, sempre existirão problemas com a resistência do pessoal...”.

³ Retomada da Gestão Plena da Saúde no RJ pelo Decreto nº 5.392/95 de 10 de março de 2005.

Procurou-se ainda, traçar um quadro das possíveis dificuldades oriundas de um projeto desta magnitude, levantando alguns dados das unidades estudadas, que serviram de base para as análises apresentadas.

1 OBJETIVOS

1.1 Geral

Verificar a viabilidade de implantação de sistemas de custeio nas unidades de saúde da Rede Hospitalar Federal no Rio de Janeiro.

1.2 Específico

- Traçar o perfil dos profissionais responsáveis pela gestão e profissionais ligados a área financeira das unidades, bem como seus conhecimentos acerca do tema;
- Avaliar a compreensão destes profissionais quanto à viabilidade de implantação de sistemas em suas unidades;

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Sistema de custeio

Para MARTINS (2001, p.41), “custeio significa método de apropriação de custos”, e “a contabilidade de custos é entendida como gasto relativo à bem ou serviço utilizado na produção de outros bens ou serviços”. Segundo Falk (2008, p.15), “os sistemas de apuração de custos, passaram a ser considerados como componentes do sistema de informação financeira mais importante para a análise gerencial e tomada de decisão estratégica da instituição”.

Os sistemas de custeio, de maneira geral, se adequados a quantificar os custos envolvidos em todas as etapas do processo de produção, tanto de bens, quanto de serviços. Estes sistemas possibilitam o monitoramento das atividades produtivas, sob uma ótica financeira, e que podem ajudar a tomada de decisões sobre continuidade de determinados processos (FALK, 2008).

Entre os diversos sistemas de custeio existentes, vários autores destacam que os modelos baseados no Custeio ABC, sejam os mais adequados a utilização em unidades de saúde, dada a maneira como são compostos os processos de cuidado.

Para Abbas (2001, p.20), “Diante das características hospitalares, percebe-se que os sistemas de custos nessas empresas devem objetivar não somente a determinação dos preços dos serviços, mas também uma análise interna que permita um melhor conhecimento dos resultados da gestão e uma melhoria no funcionamento da organização”. Ainda segundo o autor, “Os chamados sistemas tradicionais de custeio tem sido utilizados nas ultimas décadas, sem apresentar quaisquer variações ao longo deste período. O sistema por centro de custos, por ordem de produção e por processo são os mais representativos”. Assim, qualquer processo de gestão que se queria eficiente, deve dispor de ferramentas que auxiliem na tomada de decisões, que possam fundamentar escolhas.

2.2 A Cultura organizacional

Segundo Srour (1998, p. 108), podemos definir organização como “agentes coletivos, à semelhança das classes sociais, das categorias sociais e dos públicos” e que “são planejadas de forma deliberada para realizar um determinado objetivo”.

Já cultura, pode ser definida como “um conjunto de padrões que permitem a adaptação dos agentes sociais à natureza e à sociedade a qual pertencem, e faculta o controle sobre o meio ambiente” (SROUR, 1998, p.174). Desta forma, a identidade de uma organização pode ser definida por sua cultura organizacional, que de maneira geral é responsável por balizar o comportamento dos membros dessa sociedade em torno de determinados objetivos, ações e comportamentos. No entendimento do autor, cada agrupamento social, inclusive os presentes em organizações, tende a superestimar seus padrões de comportamento. “Toda coletividade tende a considerar o próprio modo de vida como o mais sensato e mais correto” (SROUR, 1998, p.175).

Este fato pode se traduzir em um elemento facilitador ou não, dos processos de mudança, pois em muitos casos as mudanças podem ser entendidas como ameaças e não como oportunidades.

Srour (1998, p.108) sugere que as organizações podem se transformar em “unidades sociais portadoras de necessidades e de interesses próprios”, e ainda “procurar reproduzir-se: voltam-se para si mesmas e procuram perenizar-se, fazendo com que aquilo que elas são (meios) se transformem em fins”.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização da pesquisa

Este trabalho de pesquisa pode ser classificado em relação a sua natureza como uma pesquisa de campo exploratória, e quanto à forma de abordagem do problema, pode-se classificá-lo como qualitativo, pois tem uma orientação à análise das dificuldades de implantação de um sistema de custeio no contexto das instituições hospitalares referenciadas. Vergara (2005, p.47) define pesquisa de campo como: “investigação empírica realizada no local onde ocorre ou ocorreu um fenômeno ou dispõe de elementos para explicá-lo”. Ainda de acordo com o autor, “pesquisa de campo pode incluir entrevistas, aplicação de questionários, testes”, sendo que este estudo se concentrou na aplicação de questionários semi-estruturados (VERGARA, 2005, p. 47-48).

3.2 Cenário da pesquisa

Este estudo teve como cenário de pesquisa a *Rede Hospitalar Federal no Rio de Janeiro*, composta pelos seguintes hospitais: *Hospital Federal do Andaraí, Hospital Federal de Ipanema, Hospital Federal da Lagoa, Hospital Federal de Jacarepaguá, Hospital Federal de Bonsucesso, Hospital Federal dos Servidores*. Estas unidades estão ligadas ao Departamento de Gestão Hospitalar – DGH/RJ, do Ministério da Saúde, e atendem a população do Rio de Janeiro. O quadro a seguir apresenta a *Área Programática - AP* de atuação de cada unidade de saúde estudada, com os respectivos, bairros e população atendida.

Unidade de Saúde	AP	Bairros	População atendida
Hospital Federal dos Servidores	AP 1.0	Caju, Benfica, São Cristóvão, Mangueira, Santo Cristo, Gamboa, Saúde, Cidade Nova, Estácio, Catumbi, Rio Comprido, Santa Teresa, Centro, Glória	265.908
Hospital Federal do Andaraí	AP 2.2	Praça da Bandeira, Maracanã, Vila Isabel, Tijuca, Alto da Boa Vista, Andaraí, Grajaú	365.036
Hospital Federal de Ipanema Hospital Federal da Lagoa	AP 2.1	Catete, Flamengo, Laranjeiras, Cosme Velho, Botafogo, Urca, Leme, Humaitá, Jardim Botânico, Copacabana, Lagoa, Leblon, Ipanema, Rocinha, Vidigal, São Conrado	641.078
Hospital Federal de Jacarepaguá	AP 4.0	Jacarepaguá, Anil, Gardênia Azul, Cidade de Deus, Curicica, Freguesia, Pechincha, Taquara, Tanque, Praça Seca, Vila Valqueire, Joá, Itanhangá, Barra da Tijuca, Camorim, Varem Pequena, Vargem Grande, Recreio dos Bandeirantes, Grumari	833.965
Hospital Federal de Bonsucesso	AP 3.1	Manguinhos, Bonsucesso, Ramos, Olaria, Penha, Penha Circular, Brás de Pina, Cordovil, Parada de Lucas, Vigário Geral, Jardim América, Complexo do Alemão, Maré, Ribeira, Zumbi, Cacuia, Pitangueira, Praia da Bandeira, Cocotá, Bancários, Freguesia, Jardim Guanabara, Tauá, Moneró, Portuguesa, Galeão, Cidade Universitária	912.347
Totais			3.018.334

Quadro 1 – Área Programática das Unidades de Saúde da RHF/RJ

Fonte: CGPO/DGH, dez /2009.

3.3 População Fonte

Constituída por todos os integrantes da alta administração e responsáveis por áreas financeiras e áreas afins, ou seja, diretores gerais, coordenadores assistências, e coordenadores administrativos, gerentes e assistentes financeiros dos seis hospitais que compõe a Rede Hospitalar Federal no Rio de Janeiro. A escolha destes profissionais se deu baseado na percepção de que eles são detentores de um conhecimento sobre matérias relacionadas às suas unidades que poderiam servir de base para este estudo.

3.4 Amostra

Foram entrevistados 22 profissionais das instituições, sendo 5 Diretores Gerais, 5 Diretores Médicos, 5 Coordenadores de Administração, e outros 7 profissionais distribuídos conforme o quadro abaixo

Descrição	Bonsucesso	Andaraí	Ipanema	Lagoa	Servidores	Jacarepaguá	Total
Diretor Geral	1	1	1	1	1	-	5
Diretor Médico	1	1	1	1	1	-	5
Coordenador de Administração		1	1	1	1	-	4
Coordenador de Clínicas Fechadas		1				-	1
Chefe de Contratos		1				-	1
Coordenador/Assessor Financeiro	1	2				-	3
Assessor de Planejamento			1			-	1
NG's	2					-	2
Total	5	7	4	3	3	-	22

Quadro 2 – Distribuição de entrevistas nas Unidades da RHF/RJ

Fonte: O autor, 2010.

3.5 Questões éticas

Foram adotadas todas as orientações éticas e legais constantes na Resolução 196/96, do CNS - Conselho Nacional de Saúde. Foram obtidas as autorizações formais de todos os participantes do estudo, garantindo o sigilo e o anonimato das informações contidas nos questionários. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido preenchido pelos entrevistados se encontra no anexo.

3.6 Fontes de informação

Um questionário estruturado foi empregado como instrumento de coleta dos dados primários. Contando com pergunta abertas e fechadas, o roteiro de entrevista utilizado neste

estudo dividiu-se em três partes. A primeira parte procurou traçar um perfil do entrevistado a partir de características demográficas, de formação e atuação profissional. A segunda parte da entrevista foi composta de perguntas que identificassem seu conhecimento sobre a sua unidade de saúde e a última parte, buscou informações sobre os conhecimentos e experiência com sistemas de custeio.

Para resguardar a privacidade dos participantes e o sigilo das informações obtidas neste estudo, optou-se pela codificação quando da utilização das falas dos entrevistados. Cada questionário foi numerado de forma crescente, por função desempenhada na unidade.

As perguntas fechadas foram analisadas com auxílio do software Excel, Já as perguntas abertas foram gravadas e seu conteúdo foi transcrito na íntegra para posterior organização e análise.

O questionário foi aplicado pelo autor da pesquisa, no período de novembro de 2009 a março de 2010, iniciando-se após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Todos os integrantes foram entrevistados individualmente. As entrevistas dos profissionais das equipes ocorreram em salas da própria unidade em que trabalham, dentro dos dias e horários de trabalho. Não houve recusa por parte dos entrevistados em participar da pesquisa, portanto, cem por cento da amostra foi entrevistada.

Para análise dos dados referentes ao perfil dos entrevistados foram utilizadas ferramentas estatísticas simples como frequências (percentuais), que fazem parte do instrumental quantitativo. Análises de conteúdo mais complexas não foram necessárias para avaliação das falas dos sujeitos da pesquisa.

4 RESULTADO DA PESQUISA

4.1 Perfil profissional, das unidades, e conhecimento sobre sistemas⁴

No total, foram entrevistados 22 profissionais, sendo cinco diretores gerais, cinco coordenadores assistenciais, cinco coordenadores de administração, e sete profissionais ligados a um possível processo de apuração de custos. Identificou-se que 77,23% dos profissionais pertencem ao sexo masculino e 22,72% ao sexo feminino.

Observamos que 63,63% estão na faixa etária de 51-60 anos e/ou acima de 60 anos. Estes gestores, em sua maioria (72,72%), são funcionários federais efetivos, pertencentes ao quadro do Ministério da Saúde, e 18,18% apresentam tempo de serviço na faixa de entre 16-20 anos e 54,54% superiores há 20 anos.

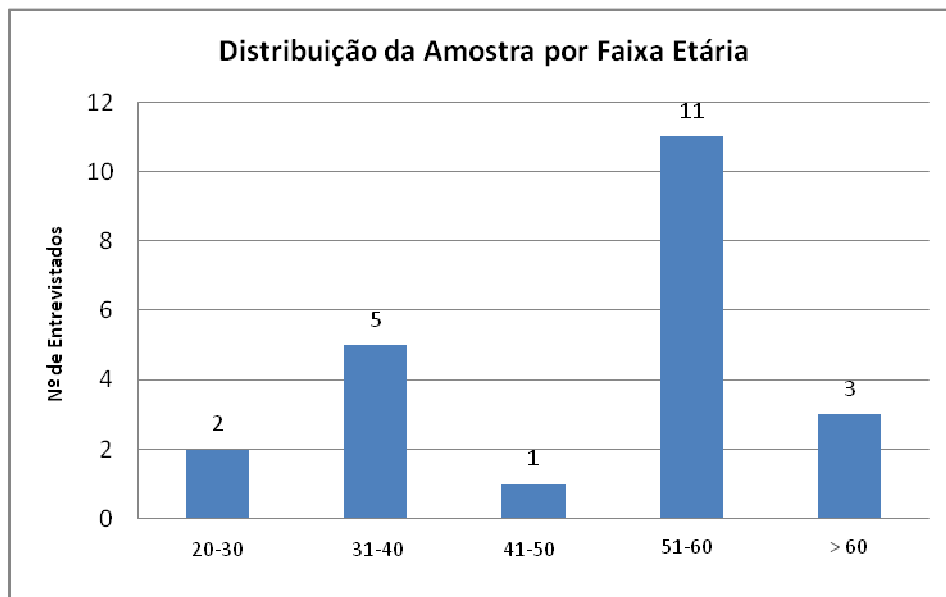


Gráfico 1: Distribuição das Amostra por Faixa Etária

Fonte: O autor, 2010.

Quanto à formação acadêmica dos gestores e profissionais de áreas de custeio, temos que 18,17% se situam entre mestrado e doutorado, que 68,18% participaram de cursos de especialização em gestão nos últimos três anos, sendo que 90,90% obtiveram financiamento

⁴ Observação: os dados relativos ao Hospital Federal de Jacarepaguá (questionários entregues aos gestores), não foram devolvidos pela Direção da Unidade, sendo assim, não foram computadas em algumas das tabulações realizadas sobre as unidades analisadas.

oficial destes estudos. A tabela a seguir, apresenta um resumo dos resultados obtidos sobre o perfil dos gestores e profissionais que trabalham na área de custeio destas unidades.

Tabela 1 – Perfil da amostra de gestores e profissionais das unidades hospitalares federais do Rio de Janeiro, 2010

Característica da amostra (n=22)	Número Absoluto	Porcentagem
Idade		
De 20 a 30 anos	2	9,09%
De 31 a 40 anos	5	22,72%
De 41 a 50 anos	1	4,54%
De 51 a 60 anos	11	50,00%
Acima de 60 anos	3	13,63%
Gênero		
Feminino	5	22,72%
Masculino	17	77,27%
Formação Acadêmica		
Doutorado (doutorando)	1	4,54%
Mestrado (mestrando)	3	13,63%
Especialização	15	68,12%
Superior Completo	1	4,54%
Superior Incompleto	1	4,54%
Técnico	1	4,54%
Vínculo Empregatício		
Efetivo	16	72,72%
Função Gratificada	1	4,54%
Contrato Federal Temporário	3	13,63%
Terceirizado	2	9,09%
Tempo de trabalho na Função		
De 01 a 05 anos	4	18,18%
De 06 a 10 anos	2	9,09%
De 11 a 15 anos	-	-
De 16 a 20 anos	4	18,18%
Acima de 21anos	12	54,54%

Fonte: O autor, 2010.

Os dados analisados traçam um perfil bem peculiar para as unidades de saúde estudadas. Observa-se que dos seis hospitais que compõe a Rede Hospitalar Federal do Rio de

Janeiro, três unidades (Andaraí, Bonsucesso, Servidores) são de Grande Porte ou de Porte Especial, i.e., são unidades que dispõem de mais de 400 leitos.

A rede conta ainda, com uma unidade entre 101-200 leitos (Ipanema) e uma entre 201 e 300 leitos (Lagoa). Das unidades estudadas, uma unidade (Ipanema) apresenta um quadro de funcionários entre 1001-1500 profissionais, duas unidades (Lagoa, e Jacarepaguá) apresentam entre 1500-2000 profissionais de saúde, e três unidades (Andaraí, Bonsucesso e Servidores) possuem mais de 2000 profissionais.

Unidade	Número de Funcionários (RJU/CFT)	Numero de Leitos
Hospital Federal do Andaraí	2.270	430
Hospital Federal de Ipanema	1.041	190
Hospital Federal da Lagoa	1.912	240
Hospital Federal de Jacarepaguá	1.758	230
Hospital Federal de Bonsucesso	2.877	640
Hospital Federal dos Servidores	3.694	630
TOTAL	13.552	2.360

Quadro 3 – Número de funcionários e capacidade instalada das unidades hospitalares analisadas

Fonte: CGPO/DGH, dez /2009.

Na Rede Hospitalar Federal do Rio de Janeiro, a totalidade das unidades dispõe de orçamento prévio definido (unidades orçamentadas), não existindo contratualização de metas de produção. Da mesma forma, nestas unidades não existe setor e/ou equipe responsável pelo cálculo dos custos, mesmo que limitada a algum setor, como laboratório ou centro cirúrgico.

A tabela seguir resume dados obtidos sobre as Unidades Hospitalares Federais da Cidade do Rio de Janeiro.

Tabela 2 – Perfil das Unidades Hospitalares Federais do Rio de Janeiro, 2010

Característica da amostra (n=6)	Número Absoluto	Porcentagem
Número de leitos		
De 1 a 100	-	-
De 101 a 200	1	16,66%
De 201 a 300	2	33,33%
De 301 a 400	-	-
Acima de 400	3	50,00%
Unidade Orçamentada		
Sim	-	-
Não	6	100,00%
Contrato de metas		
Sim	-	-
Não	6	100,00%
Sistema de Custeio implantado		
Sim	-	-
Não	6	100,00%

Fonte: O autor, 2010.

Sobre o conhecimento dos gestores acerca de sistemas de custeio, observa-se que 100% têm conhecimento de sistemas de gestão, o que não se traduz por experiência prática em algum sistema de custeio (este entendimento é consequência direta dos cursos de especialização realizados por estes profissionais). A totalidade dos entrevistados, gestores e profissionais ligados a área financeira, consideram o momento atual como sendo o ideal para a implantação de sistemas custeio.

Tabela 3 - Conhecimento dos gestores sobre os sistemas de custeio, 2010

Característica da amostra (n=22)	Número Absoluto	Porcentagem
Conhece ou tem experiência em sistemas de custeio		
Sim	-	-
Não	22	100,00%
Considera o momento ideal para implantação		
Sim	22	100,00%
Não	-	-

Fonte: O autor, 2010.

4.2 Análise das entrevistas

Segundo Abbas (2002, p.19), a questão dos custos na área de saúde tornou-se relevante nos últimos anos por envolver aspectos relacionados aos crescentes gastos públicos, aos problemas de financiamentos destes gastos, entre outros fatores de mesma magnitude e importância. Nesta medida, acreditamos que as questões relacionadas à apuração dos custos hospitalares públicos, vêm crescendo e ocupando o espaço e o destaque, que assuntos desta natureza devem merecer, na agenda dos gestores públicos.

Sendo assim, as perguntas de número 16 e 17 foram feitas objetivando captar o entendimento dos entrevistados acerca da questão do impacto na melhoria da gestão de suas unidades, no caso de existência (ou não) de sistemas de informação gerencial implantados. Dentre as respostas apresentadas, selecionamos as mais significativas e as transcrevemos abaixo:

“[...] seria mais fácil à implantação de metas.” Diretor Geral, médico.

“[...] administrar sem ter informações pormenorizadas, nos leva a trabalhar por amostras, adivinhações, suposições, na verdade sem pé no chão.” Coordenador de Administração, médico.

“[...] haveria controle gerencial sobre os recursos utilizados e realmente necessários a unidade.” Assessor Financeiro, administrador.

“[...] para melhor avaliação dos resultados reduzindo os desperdícios.” NG (Novos Gestores), administrador.

“[...] porque ajudaria a direção na tomada de decisão...” Diretor Geral, médico.

“[...] este ambiente propício tem que fazer parte da maneira de pensar daqueles que compõem a equipe desta unidade. A melhor

gestão é aquela que se preocupa com o enriquecimento de informações.” Coordenador de Administração, administrador.

“[...] porque melhoraria a gestão dos recursos.” Diretor Geral, médico.

“[...] facilitaria uma melhor utilização dos recursos disponíveis e...” Assessor da Coordenação de Administração, administrador.

“[...] permite um melhor planejamento orçamentário com a otimização da adequação do orçamento as demandas da unidade.” Coordenador Assistencial, médico.

“[...] um sistema que compra, tem obrigatoriamente de dispor de um sistema de custeio.” Coordenador de Clínicas Cirúrgicas, médico.

“[...] contribuiria para a melhoria da gestão e distribuição dos gastos x saldos referentes a unidade.” Gerente de Contratos, advogado.

Conforme Rocha (2004, p.62) a implementação de sistemas de custos, é complexo e trabalhoso, porem trás muitos benefícios. Ainda segundo Rocha (2004, p.62) para que tenha sucesso (a implantação) é preciso que esteja alinhada com os objetivos da organização e tenha o apoio da direção. Podemos perceber que de maneira geral, qualquer mudança deva ser primeiramente entendida como uma melhoria a ser introduzida nos processo produtivo, e segundo que vá de encontro aos anseios gerais.

As perguntas 18 e 22 tiveram como objetivo principal, perceber o entendimento dos entrevistados acerca da questão da implantação de sistemas de custeio em suas unidades, sua percepção sobre o momento ser (ou não) propicio a processos desta natureza. Dentre as respostas apresentadas, foram selecionadas as mais significativas e transcritas abaixo:

“[...] sim, porque com a chegada de novos servidores efetivos, nós poderíamos investir na sua capacitação neta área.” Diretor Geral

“[...] sim, porque estamos em um momento de reestruturação e os servidores estão participando deste momento” Diretor Assistencial

“[...] sim, pela oportunidade que o MS oferece aos gestores no momento...” Diretor Geral

“[...] o momento atual dessa unidade é propício para implantação do sistema de custeio, considerando (o envolvimento da) a atual administração e direção do hospital...” Gerente de Contratos

Assim sendo, conforme visto em Rocha (2004, p.64), a adesão da direção no processo de implantação do sistema de custos não é só importante, mas imprescindível para o sucesso do mesmo, e estão incluídos na direção não só o Diretor Administrativo, mas também o Diretor Clínico (Diretor Médico), e suas respectivas gerências (Chefias de Clínicas).

Desta forma podemos inferir que para o pleno sucesso desta empreitada, além do entendimento coletivo ser de que as mudanças virão para acrescentar melhorias ao processo produtivo, temos que ter o alinhamento de objetivos entre os diversos protagonistas desta mudança.

5 DISCUSSÃO

Alguns autores são unânimes em afirmar que sistemas de custeio baseados no modelo ABC (Activity Based Costing) são mais apropriados a serem utilizados em unidades de saúde, hospitais e congêneres, visto o objeto de custeio não ser o produto e sim a atividade envolvida na produção deste produto, ou na prestação de um serviço, e principalmente pela complexidade dos processos envolvidos.

Segundo Abbas (2001), “... além de ser mais preciso na identificação de quais os tratamentos são mais dispendiosos, também determina quais contratos, médicos ou grupos de pacientes são mais lucrativos. A utilização desse sistema fornece aos administradores financeiros dos hospitais os dados necessários para a tomada de decisões otimizadas que levem em conta a alocação de recursos e a contenção de custos...”.

O Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) (BRASIL, 2006), “considera a metodologia ABC como sendo uma das mais adequadas a organizações complexas, onde os recursos são consumidos de forma muito heterogênea...”. Contrariamente a isto, porém, o PNGC adota como padrão, a metodologia de sistemas de custeio por absorção, “por ser de fácil aplicação e por ser a mais utilizada entre as instituições ligadas ao SUS⁵”.

Para o PNGC, outro fator determinante desta escolha é que os sistemas por absorção possibilitam a apuração dos custos a partir da segmentação da instituição em centros de custos, forma muito utilizada nas instituições, pois pode ser implantada por setores individualmente (BRASIL, 2006).

Desta forma, observa-se que a preocupação de alguns autores é focada na escolha da metodologia de apuração de custos, considerando esta como sendo a mais importante no desenvolvimento de um trabalho bem sucedido. Obviamente não discordamos que a escolha de um modelo seja um fator importante, porém acreditamos que os trabalhos devam ser iniciados por um amplo processo de conscientização dos principais gestores (atores) das unidades. Entendemos que a preocupação com a conscientização, deva ser estendida aos diversos profissionais da unidade, e que os objetivos da implantação de um sistema esteja bem entendida por todos antes do início de qualquer trabalho de campo.

Citando Srour (1998, p.174), "a cultura é aprendida, transmitida e partilhada. Não decorre de uma herança biológica ou genética, porém resulta de uma aprendizagem socialmente condicionada. A cultura organizacional exprime então a identidade da

⁵ Fonte: Pesquisa realizada pelo MS/SCTIE/DES/NUNES, em 175 hospitais, no período de 18/10/2005 a 13/12/2005, 43,50% das instituições utilizam custeio por absorção.

organização. É construída ao longo do tempo e serve de chave para distinguir diferentes coletividades".

Desta forma, inferimos que o fator de grande relevância no sucesso da implantação de sistemas de informação em unidades de saúde passa pelas experiências e conhecimentos dos gestores a cerca do assunto – neste caso, sistemas de custeio. Devemos também, identificar em suas falas os sentimentos envolvidos sobre o tema, pois segundo Srour (1998, p.176) “o clima organizacional mapeia o ambiente interno que varia segundo a motivação dos agentes, apreende suas reações imediatas, suas satisfações e insatisfações pessoais, desenha um retrato dos problemas que a situação do trabalho, a identificação com a organização e a perspectiva de carreira eventualmente provocam”.

Entendemos ainda ser necessário um profundo trabalho de conscientização, que perpassa pelos principais agentes das instituições – *diretores, coordenadores assistenciais, coordenadores administrativos, chefes de serviços, médicos, enfermeiros, agentes administrativos, e usuários de maneira geral* - e que preceda qualquer processo de implantação de sistema nestas unidades.

6 CONCLUSÃO

Este estudo identificou que os profissionais responsáveis pela gestão das unidades da *Rede Hospitalar Federal no Rio de Janeiro*, são funcionários pertencentes ao quadro fixo do Ministério da Saúde (72,72%), possuem uma longa carreira no funcionalismo público (54,54% acima de 21 anos), com uma idade média alta (63,63% acima de 51 anos). Possuem sólida formação acadêmica, doutorado, mestrado e/ou especialização (86,35%), sendo que em sua totalidade os cursos foram financiados com recursos públicos.

Mesmo sem possuírem experiência prática em sistemas de informação gerencial, o estudo revelou que os entrevistados são unânimes em suas opiniões, quanto à necessidade do uso de sistemas de apoio à gestão. Verificamos ainda, que segundo a opinião dos entrevistados, sistemas de custeio podem contribuir para a melhoria da gestão de suas unidades, ajudando a fundamentar decisões administrativas. Todos os entrevistados apresentam um mesmo discurso quanto à oportunidade de implantação de sistemas, concordando que o momento atual seria o ideal para dar início aos trabalhos de implantação de sistemas desta natureza.

Este estudo constatou que as unidades da Rede Hospitalar Federal no Rio de Janeiro, não dispõem de quaisquer sistemas de controle de custos, nem dispõem de setores responsáveis por atividades relacionadas ao levantamento dos valores envolvidos nos procedimentos. Podemos acreditar que este fato esteja diretamente relacionado ao modelo de financiamento adotado nestas unidades, que disponibiliza um orçamento fixo anual, independente de suas produções ou de um contrato de metas vinculado.

Da mesma maneira, acreditamos que qualquer modelo (ou modelos) de sistemas de custeio que venha a ser adotado, deva inicialmente atender as necessidades gerenciais do DGH e ir de encontro ao perfil das unidades pertencentes à *Rede Hospitalar Federal no Rio de Janeiro*, porém deva ser claramente percebido pelos profissionais lotados nestas unidades como um benefício que está sendo criado para ajudá-los no exercício de suas atividades,

Por fim, acreditamos que, mesmo não esgotando as questões relativas ao assunto em questão, pode trazer um novo entendimento do tema. Sugerimos que futuros trabalhos de implantação de sistemas em unidades de saúde públicas se aprofundem na questão do fator humano.

REFERÊNCIAS

- ABBAS, Kátia. Apuração dos custos nas organizações hospitalares: o método ABC aplicado no serviço de processamento de roupas de um hospital, *Rev. FAE*, Curitiba, v.5, n.2, p.95-97, maio/ago. 2002.
- _____. *Gestão de custos em organizações hospitalares*. 2001. 155f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Economia da Saúde. *Programa Nacional de Gestão de Custos: manual técnico de custos: conceitos e metodologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- FALK, James Antony. *Tecnologia de informação para a gestão de custos e resultados no hospital: considerações e dicas práticas para a implantação de um modelo brasileiro*. São Paulo: Atlas, 2008.
- GONÇALVES, Reinaldo. *O nó econômico*. Rio de Janeiro: Record, 2003.
- MARTINS, Eliseu. *Contabilidade de custos*. São Paulo: Atlas, 2001.
- ROCHA, Viviane Lenzi da. *Dificuldades na implantação de sistemas de custeio em instituições hospitalares: estudo de caso de um hospital de Florianópolis*. 2004. 155f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- SROUR, Robert Henry. *O poder, cultura e ética nas organizações*. Rio de Janeiro: Campus, 1998.
- VERGARA, Sylvia Constant. *Métodos de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas, 2005.