

GESTÃO BASEADA EM INDICADORES DE CUSTOS SEGUNDO O MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: O CASO DA CLÍNICA CIRÚRGICA II DO HU/UFSC

Jaqueline Siqueira Alcântara Rocha¹

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo analisar o processo de gestão baseado no uso de indicadores de custos, segundo o Manual Brasileiro de Acreditação, para o HU/UFSC. A escolha da Clínica Cirúrgica II do HU, como campo de pesquisa, foi definida pelo comprometimento dos profissionais que ali atuam, bem como, pela composição de custos e faturamento. Foi realizada uma abordagem sobre o processo de acreditação hospitalar brasileiro, um estudo sobre o método de apuração de custos utilizado no HU e uma pesquisa de campo com gestores e servidores da clínica. Utilizou-se um roteiro de perguntas com entrevistas semi-estruturadas, anexo ao artigo, servindo o estudo como base de análise dos indicadores. O estudo conclui que o sistema de custos, ora utilizado, atende às questões abordadas pelos gestores e, que, por sua vez, se enquadra perfeitamente às exigências dispostas no nível I do manual de brasileiro de acreditação hospitalar.

Palavras-chave: Gestão. Indicadores. Custos. Manual Brasileiro de Acreditação.

1 INTRODUÇÃO

Dentre as diretrizes políticas que estão sendo consolidadas pelo cenário nacional está a transformação dos sistemas de saúde brasileira, que vem passando por mudanças no contexto sócio-econômico. Perante essa nova realidade, os gestores em saúde, atualmente, estão tendo um outro olhar para o processo de produção da assistência médico-hospitalar, devido à escassez de recursos nessa área. Constata-se a necessidade da utilização desses recursos de maneira eficaz sem, no entanto, permitir uma quebra da qualidade na assistência.

¹ Graduada em Ciências Econômicas. Responsável pelo Serviço Financeiro do HU/UFSC. Acadêmica do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar da UFSC. Contato: jaquealcantara@yahoo.com.br.

Segundo Donabedian (1986 apud KLUCK, 2007), “o propósito dos sistemas de atenção á saúde, em seu núcleo e, através de inúmeras partes, é proporcionar o mais alto nível de qualidade, ao menor custo, de maneira mais equitativa, ao maior número de pessoas”.

Nesse sentido, a cultura que norteia os processos de trabalho na organização hospitalar pública e a maneira como a sociedade pensa a produção em saúde pública não leva em conta aspectos como lucro, faturamento, controle de custos e desperdícios. Além disso, ao se trabalhar com recursos públicos, é comum, erroneamente, acreditar que o governo é o responsável por manter as instituições, sem que seja necessário o uso adequado de materiais e equipamentos. Logo, torna-se imprescindível conhecer a composição de custos como um processo norteador das decisões gerenciais, no que diz respeito à saúde financeira das instituições.

Para Bittar (2000), em uma área como a da saúde, em que os recursos são escassos, a variável custo é extremamente importante, pois somente o gerenciamento eficaz dos gastos permitirá atender a um número maior de pessoas, sem perda da qualidade. Além disso, os processos de trabalho necessitam ser repensados para que se possa gerenciar o adequado uso de materiais, sendo esse fato relevante em um hospital, devido à especificidade das ações em saúde.

Nesse contexto, Mezomo (1994 apud GURGEL; VIEIRA, 2002) reforça que a crise de gestão no setor saúde no Brasil explica o esforço para implantação de programas de qualidade, visando à promoção de melhoria dos serviços prestados e contenção de desperdícios. O Brasil gasta o equivalente a R\$ 1 por habitante em saúde e os recursos públicos *per capita* vão de U\$ 125 a U\$ 150, segundo estudo apresentado no 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, entregue ao Presidente da República em agosto/2006.

Logo, para se priorizar a qualidade com otimização de custos, parece fundamental utilizar elementos que orientem a tomada de decisão gerencial. Para tanto, é razoável a utilização de indicadores, ou seja, unidades de medida que conduzam a atenção para assuntos específicos de resultados dentro da instituição de saúde que informem, com especificidade, o resultado ou os componentes necessários às decisões em relação às questões econômico-financeiras da instituição e que avaliem os processos de trabalho (BITTAR, 2001),

Na assistência hospitalar, o processo de gestão é ainda mais complexo, pois um hospital é uma empresa na qual diversas outras empresas interagem na produção do produto final, ou seja, o paciente, seja ele internado ou não.

Portanto, para gerenciar esse complexo, atendendo a um maior número de clientes, adequando maior produtividade com menor custo, e utilizando os recursos racionalmente, o

gestor precisa estar bem informado da saúde financeira do hospital que gerencia. Segundo Bittar (2001), as informações, principalmente na forma de indicadores que medem a produção de serviços de saúde e estabelecem metas a serem alcançadas, são imprescindíveis para toda administração.

Há algum tempo a padronização dos processos da assistência hospitalar vem sendo discutida como uma alternativa para garantir a qualidade dos serviços, sendo o cumprimento desses padrões um pré-requisito para o desenvolvimento dos programas de acreditação, garantindo, dessa maneira, a melhoria dos serviços prestados, contendo o uso inadequado dos recursos materiais.

Dentro desse pensamento, Gurgel e Vieira (2002) afirmam que a utilização sistêmica dos manuais de acreditação e a busca pela certificação hospitalar no Brasil são o que concretiza o esforço para garantir saúde com qualidade, apesar das dificuldades encontradas nessa área.

A Organização Nacional de Acreditação (ONA), em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), desenvolveu o Manual de Acreditação Hospitalar, com o intuito de avaliar os serviços de um hospital geral, definindo padrões para cada subseção avaliada. Esse Manual estabelece para cada subseção, três níveis de relevância, sendo que o nível 1 descreve o mínimo de qualidade com que deve funcionar a instituição hospitalar (ELLU, 2006).

Os objetivos do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar propõem, entre outros, um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência, mecanismos de auto-avaliação e aprimoramento da qualidade do atendimento médico-hospitalar (ELLU, 2006).

O Manual Brasileiro de Acreditação é revisado periodicamente, sendo modificado constantemente para atender as características dos hospitais, considerando as diferenças regionais, bem como as especificidades administrativas das organizações hospitalares.

Ainda nesse contexto, percebe-se a gestão na área da saúde pública brasileira como um processo desafiador, uma vez que combina fatores antagônicos como o compromisso da prestação de serviços de qualidade a população *versus* a escassez de recursos. Sendo assim, a preocupação tem sido a de adequar os escassos recursos disponíveis à assistência, sem que, no entanto, o usuário do sistema de saúde sintá-se lesado.

O estudo dos elementos de custo de um Hospital, com vistas à proposição de indicadores que norteie os gestores e atenda aos requisitos propostos no Manual de

Acreditação Hospitalar, pode ser a ferramenta complementar, dentro de uma gama de processos complexos que compõem a instituição hospitalar.

Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo analisar o processo de gestão, baseado em indicadores de custos, segundo o Manual de Acreditação Hospitalar, para a Clínica Cirúrgica II do HU/UFSC.

Para atingir o objetivo proposto, foi necessário, em primeiro lugar, conhecer as rotinas atuais e identificar a necessidade de utilização de indicadores de custos no processo de gerenciamento, usando a Clínica Cirúrgica II como campo para pesquisa. Para tanto, foi aplicado um questionário (APÊNDICE A) com as chefias de enfermagem, de medicina e enfermeiros que atuam na clínica. Foram ouvidas, ainda, as chefias de divisão da enfermagem, bem como as diretorias de medicina, enfermagem, administrativa, vice-direção e diretor geral do HU.

Metodologicamente, o artigo caracteriza-se por um estudo de caso, de caráter qualitativo, classificando-se a pesquisa de acordo com Vergara (1997 apud SILVA, 2006) em exploratória, aplicada e descritiva, segundo seus fins, e bibliográfica, documental e de estudo de caso, segundo seus meios.

2 O MÉTODO DE CUSTEIO UTILIZADO NO HU

O Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina foi inaugurado em maio de 1980 pelo Prof^o Polydoro Ernani de São Thiago. A área construída é de 26.158,12m² com 268 leitos de internação, distribuídos entre leitos de cirurgia, clínica médica, pediatria, UTI adulto, UTI neonatal, maternidade e ginecologia. Atende, mensalmente, 15.694 consultas ambulatoriais e 7.987 atendimentos de emergência 24h, dados estes pesquisados junto ao Boletim Estatístico do Movimento Hospitalar de outubro de 2006. É um hospital de média complexidade, possuindo credenciamento em alguns procedimentos de Alta Complexidade. No que diz respeito aos serviços de diagnóstico complementares, oferece exames na área de Cardiologia, Radiologia, Ultra-sonografia, Patologia Clínica, Anátomo-Patológico, Endoscópicos, bem como uma unidade de Terapia Renal e de Quimioterapia para pacientes internados ou de tratamento diagnóstico.

O HU é uma instituição pública e gratuita, oferecendo atendimentos 100% conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS) e, está contratualizado junto a Secretaria de Estado da Saúde, através de um plano operacional de metas pré-estabelecidas.

Utiliza o sistema de custeio por absorção, cujo método tradicional apropria todos os custos incorridos no processo de fabricação no período. Sendo assim, são considerados todos os custos diretos, indiretos, fixos e variáveis. Segundo Martins (2003), todos os custos inseridos na produção são alocados aos bens produzidos, sendo os gastos relativos ao esforço de produção atribuídos aos produtos elaborados.

Os custos são alocados de acordo com o método RKW, desenvolvido na Alemanha que rateia não só os custos de produção, mas também as despesas da empresa a todos os produtos.

Dessa forma, o hospital é dividido em unidades chamadas centros de custos que devem ser definidas de acordo com as características de cada organização. Cada centro de custo é visto como uma unidade autônoma, sendo que cada um desses centros agrega ao produto a matéria-prima, a mão-de-obra e as despesas de fabricação a cada unidade produzida, através da divisão do custo total do centro pela quantidade produzida (PATTIO, 2001).

Nos hospitais, os centros devem ser agrupados levando-se em conta a diversidade de atividades desenvolvidas e que são diferentes entre si no que diz respeito aos seus objetivos, uma vez que algumas atividades são de aplicação direta ao paciente, enquanto outras são auxiliares no processo de assistência. E, existem, ainda, as atividades de infraestrutura básica de funcionamento de uma organização hospitalar.

O sistema de custeio do HU classifica seus centros de custos em cinco categorias distintas de acordo com a especificidade das atividades desenvolvidas, em:

1. Centros de custos administrativos envolvendo as atividades da administração geral.
2. Centros de custo de base: atividades de infra-estrutura.
3. Centros de custos auxiliares: atividades de diagnóstico complementar.
4. Centros de custos finais: atividades de atenção direta ao paciente.
5. Centros de custos de produção ou inaplicáveis atividades de produção e serviço sem necessariamente estarem ligadas aos serviços prestados pelo Hospital.

Dentro dessa abordagem, os centros devem ser alocados no plano de centros de custos, obedecendo a uma hierarquização que priorize o rateio dos custos aos centros com

maior significação econômica, uma vez que, a dinâmica desse método consiste em que os custos totais de cada centro devam ser transferidos através de bases de rateios aos demais centros a que tenham prestado serviço. Isto justifica uma hierarquização rigorosa do posicionamento destes no plano de centros de custos, sendo que os centros com maior prestação de serviço e maior relevância econômica devam ocupar uma posição acima dos demais, pois, no método RKW, os centros cujos custos já tenham sido rateados, não receberão rateios dos demais, para que não se forme resíduos de custo não apropriáveis aos produtos. Uma maneira mais simples de visualizar a dinâmica do método talvez seja a de imaginar a transferência de custos como um efeito cascata, no qual os centros que estão acima rateiam seus custos sempre para os que estão abaixo deles, e nunca para os que estão acima ou para ele mesmo.

Esse método de rateio é também denominado método das seções homogêneas, caracterizando-se por medir a atividade produtiva dos centros em uma unidade de mensuração, a qual define e mede as produções em cada centro, sendo ponderada quando a atividade não permitir uma classificação homogênea. Ao definir as unidades de mensuração, é importante um estudo minucioso dos vestígios de custos que meça a proporção de cada produto nos custos dos centros para que se apurem, mais precisamente, os custos indiretos de cada um desses centros.

Os custos diretos dos centros de custos são previamente conhecidos por sistemas desenvolvidos no Hospital os quais informam o custo de mão-de-obra, os materiais de consumo e de contratação de serviços terceirizados, sendo classificados em custos fixos e custos variáveis. Também as informações de produção são repassadas ao sistema pelos centros de custos prestadores de serviços.

O sistema de apuração de custos do HU é gerado através de um *software* desenvolvido por técnicos do Núcleo de Processamento de Dados da UFSC.

Os relatórios analíticos dos resultados obtidos nas apurações fornecem as seguintes informações de custos:

- custo total (fixo e variável) do hospital como um todo e custo total por centro de custo;
- custo médio do procedimento por centro de custo no período;
- custo indireto dos centros no período e;
- total dos custos diretos com materiais de consumo, mão-de-obra, terceirizados.

Nos centros de custos geradores de receita, é realizada a análise de custo-volume-superávit, que é o estudo do ponto de equilíbrio em unidades físicas e monetárias do centro e que determina a margem de contribuição de cada produto, ou seja, o acréscimo em cada unidade produzida para dar cobertura aos custos fixos e gerar superávit.

O ponto de equilíbrio é aquele nível de produção em que a receita se iguala aos custos, não havendo, nesse ponto, nem superávit nem déficit. Este estudo permite ao gestor saber em que nível de produção acontece os déficits ou superávits, quando comparados à receita oriunda do SUS. Sob o ponto de vista da tomada de decisão, é uma ferramenta que fornece, de forma rápida, informações importantes sobre a organização.

Toda a apuração de custos do HU está documentada em um Manual que descreve todo o processo de manuseio das informações desde a apuração até a elaboração dos relatórios de análise.

3 NÍVEIS DE RELEVÂNCIA PRECONIZADOS NO MANUAL DE ACREDITAÇÃO DA ONA

O Manual de Acreditação Hospitalar está dividido em seções e subseções, sendo que, em cada subseção, existem padrões definidos de nível 1, 2 e 3, dos requisitos mais simples aos mais complexos (ELLU, 2006). Em cada padrão existem itens de verificação que orientam a avaliação dentro dos padrões estabelecidos. Os graus de complexidade de cada padrão foram definidos de forma crescente, sendo que, para alcançar um nível de qualidade superior, é necessário que os níveis anteriores estejam de acordo com o exigido.

Cada padrão é enunciado de maneira a orientar as expectativas que devem ser cumpridas para obter a acreditação.

De acordo com o proposto neste artigo, será analisado o padrão de Gestão Administrativa e Financeira que é definido como sendo “atividades relacionadas à organização e coordenação dos processos relativos ao planejamento de recursos administrativos e financeiros” (ONA, 2006, p. 1).

a) Padrão de Nível I

Atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para a sua atividade, conforme legislação correspondente: dispõem de responsável habilitado e/ou capacitado para a condução do serviço: identifica riscos específicos e os gerencia com foco na segurança.

✓ **Itens de Orientação**

- Responsabilidade conforme legislação.
- Corpo funcional habilitado e/ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço.
- Condições operacionais e de infra-estrutura que atendem aos requisitos de segurança.
- Gerenciamento dos contratos e avaliação do desempenho dos serviços terceirizados para atender aos requisitos de segurança.
- Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários ambientais e ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil.

b) Padrão de Nível II

Gerencia os processos e suas interações sistemicamente; estabelece sistemática de medição e avaliação de processos; possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria dos processos.

✓ **Itens de Orientação**

- Identificação, definição, padronização e documentação dos processos.
- Identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica.
- Estabelecimento dos procedimentos.
- Documentação (procedimentos e registros) atualizada, disponível e aplicada.
- Definição de indicadores para os processos identificados.
- Medição e avaliação dos resultados dos processos.
- Programa de educação e treinamento continuado com evidências de melhoria e impactos dos processos.
- Grupos de trabalho para a melhoria de processos e interação institucional.

c) Padrão de Nível III

✓ Itens de Orientação

- Define as perspectivas básicas de sustentação da organização (inovação e desenvolvimento, pessoas, clientes, processos, financeira e sociedade).
- Sistema de indicadores de desempenho focalizando as perspectivas básicas, com informações íntegras e atualizadas, incluindo informações de referenciais externos pertinentes.
- Estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre os indicadores, na qual os resultados de um influenciam os demais, bem como permitem a análise crítica do desempenho e a tomada de decisão.
- Análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos.
- Análise crítica sistemática com evidências de ações de melhoria e inovações.
- Identificação de oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais com evidências de resultados positivos.
- Sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnica profissional e procedimentos.

O desafio para gestão de custos é o de adequar a metodologia de apuração descrita no item 2 aos “Níveis de Relevância Propostos no Manual de Acreditação da ONA”. Logo, de que maneira o sistema de apuração de custos implantado pode contribuir para o crescimento desses níveis?

A resposta à questão pode estar no uso de indicadores de custo preestabelecidos, conforme os níveis descritos acima e em concordância com o planejamento hospitalar.

4 CAMPO DE PESQUISA – CLÍNICA CIRÚRGICA II

A Clínica Cirúrgica II está situada no 4º andar do Hospital Universitário e possui 30 leitos, atendendo internações de cirurgias das seguintes especialidades: Cirurgia Plástica

04 leitos; Cirurgia Vascular 10 leitos; Cirurgia de Urologia 06 leitos; Cirurgia Ortopédica 04 leitos e; Cirurgia Proctológica 06 leitos

O faturamento médio mensal da clínica fica em torno de R\$ 60.000,00, faturando uma média de 84 altas/mês, segundo o relatório de faturamento SIH, Sistema de Internação Hospitalar.

Os clientes internados nessa clínica são encaminhados de duas formas, ou seja, da emergência conforme figura 1, quando de uma situação de urgência ou pelo ambulatório, quando se trata de uma cirurgia eletiva figura 2, representados abaixo:

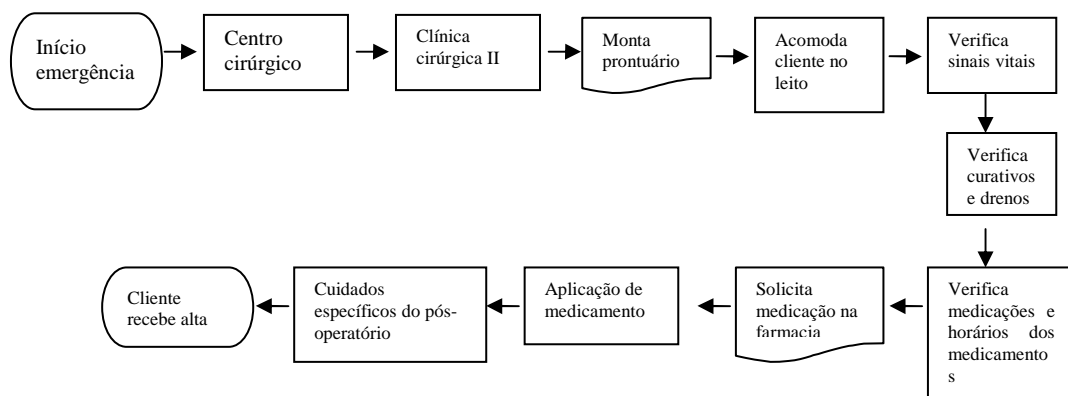


Figura 1: Fluxograma de internação do paciente com origem na emergência.

Na clínica, o cliente recebe todos os cuidados e orientações pré-operatórias, os encaminhamentos aos exames de diagnósticos quando se fizer necessário, e os cuidados pós-operatórios até o momento da alta. Ressalta-se que os cuidados pré e pós-operatórios são específicos para cada especialidade cirúrgica, não sendo abordado detalhadamente neste trabalho.

Os encaminhamentos de clientes pelo ambulatório são os de cirurgia eletiva, ou seja, cirurgias diagnosticadas em consulta ambulatorial.

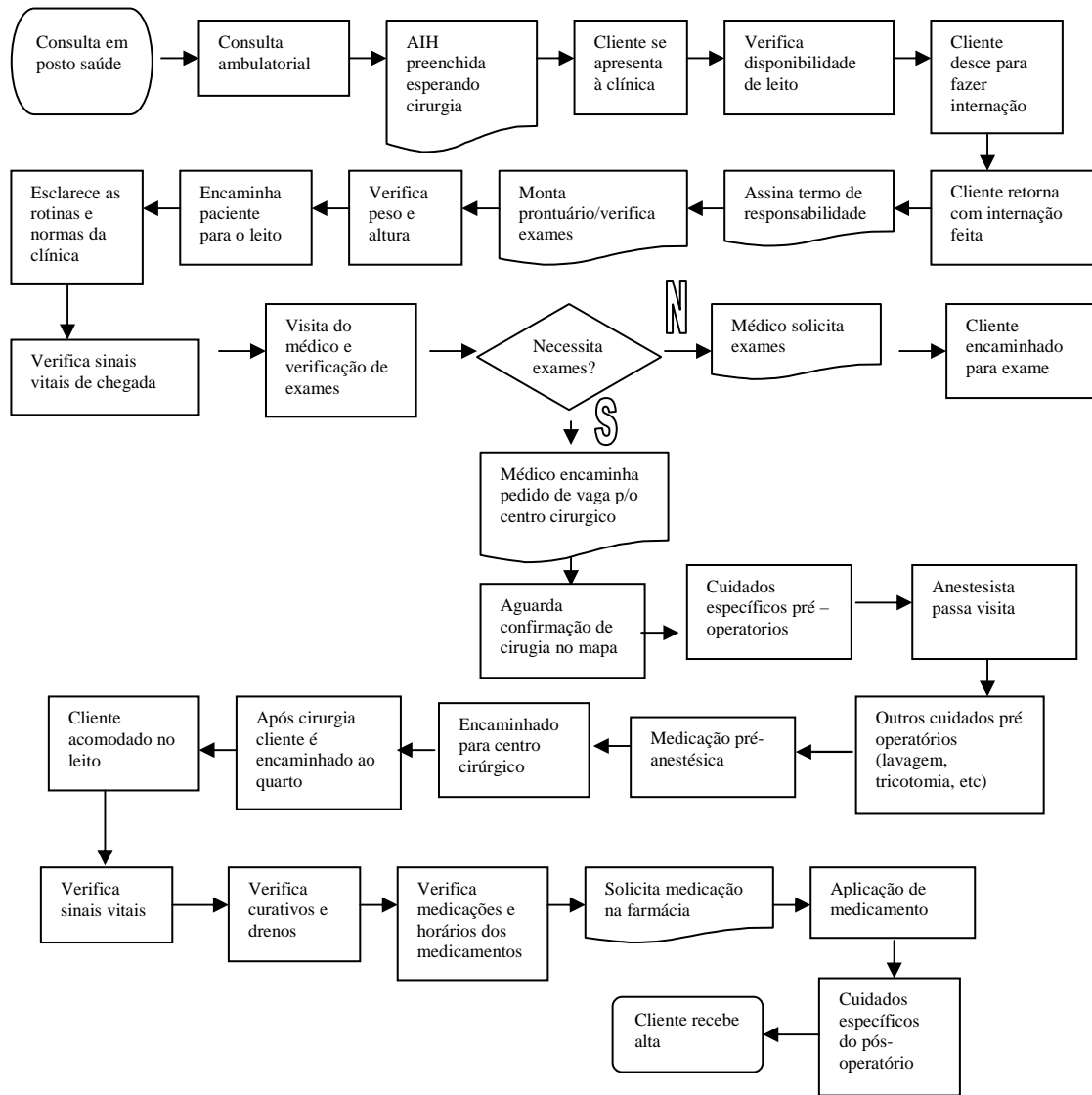


Figura 2: Fluxograma de internação do paciente com origem no ambulatório (eletivas)

4.1 Análise dos dados

A pesquisa foi elaborada pela aplicação de um questionário semi-estruturado, tendo como objetivo principal procurar saber se a tomada de decisões gerenciais, no que diz respeito a controle de custos, em particular na Clínica Cirúrgica II, estão respaldadas pelas informações geradas nos relatórios mensais de custos e, que tipo de informações os gestores necessitam como ferramenta auxiliar na gestão.

Optou-se, portanto, em aplicar os questionários aos diretores de medicina, enfermagem, administração, vice-direção do HU, bem como aos gerentes de divisão médica e de enfermagem cirúrgicos, chefia, enfermeiros e nutricionista da Clínica Cirúrgica II, estes

últimos não ocupantes de cargo de gerência, porém responsáveis pelo plantão e pela clínica quando a chefia se ausenta.

Dessa maneira, foram aplicados 20 questionários, distribuídos da seguinte maneira: 09 enfermeiros, 01 residente, 06 médicos, 01 nutricionista e 01 administrador.

Da amostra apenas 13 retornaram devidamente respondidos, sendo 08 entrevistados com cargo de gerência e 05 servidores.

Os assuntos abordados na entrevista podem ser destacados, conforme segue:

a) Sistema de Apuração de Custos utilizado pelo HU

Em um primeiro momento, buscou-se saber se os respondentes têm conhecimento do sistema de apuração de custos que o HU possui e se conhecem os resultados apurados relevantes à composição de custos referente à clínica na qual atuam. Dentre os que ocupam cargo de gerência, 60% conhecem o sistema, porém desconhecem os resultados referentes à clínica. Já, entre os servidores, 04 não sabem da existência do sistema de apuração que o HU possui e 100% desconhece os resultados relativos à sua área de atuação. Porém, existe uma preocupação por parte dos entrevistados em conhecer a composição de custos do local onde atuam, considerando essas informações importantes para a realização de suas atividades.

b) Melhoria no processo de produção para minimização de custos

Na visão dos servidores, não existe preocupação em melhorar o processo de produção para minimizar custos, sendo essa afirmação justificada pela falta de esclarecimento a respeito do sistema de custo, o que se confirma, pois grande parte não conhece a composição de custos da clínica. Já, a opinião dos gerentes a esse respeito é afirmativa, sendo citadas ações concretas na busca de melhoria de processos para reduzir custos, tais como a seguinte citação de um dos entrevistados que justifica essa preocupação pelas “*produções científicas que reorientam os tratamentos ou condutas, ou, planejamento anual de compras*”.

Nesse contexto, observa-se uma preocupação no equilíbrio entre custos e receita, uma vez que se busca adquirir materiais de forma adequada, havendo uma avaliação precisa das necessidades de pessoal, materiais e do ambiente físico.

c) Situação financeira do HU e utilização de relatórios para tomada de decisão

Ainda referente a informações financeiras e de custos, o que se observa é que nenhum servidor tem conhecimento da situação financeira do HU, e que, dentre os gerentes entrevistados, os que têm conhecimento utilizam relatórios financeiros para suporte no gerenciamento, sendo citado o relatório mensal de custos e os relatórios de análise do faturamento SIH e SIA.

d) Padronização, documentação e planejamento das atividades desenvolvidas

As atividades desenvolvidas, tanto pelo corpo médico como pela enfermagem, possuem documentação e padronização na resposta de 70% dos entrevistados, sendo esses documentos desconhecidos por alguns. Foram citados manuais de rotinas de cuidados aos clientes, estando especificados por especialidade cirúrgica, padronização de alguns medicamentos, prescrições de enfermagem, controle de materiais em uso, fios cirúrgicos, entre outros.

As atividades, tanto de enfermagem quanto médica, seguem um planejamento, cujas questões são discutidas em reuniões periódicas, principalmente do corpo clínico, evidenciado no comentário de um dos médicos entrevistados *“creio que sim, pois é decidido na reunião do serviço, que é semanal”*.

e) Capacitação e educação continuada para melhoria de processos

Existe uma divergência entre a resposta dos gerentes e dos servidores quanto a esse questionamento. Os servidores, em sua maioria, responderam não haver nenhum programa desse tipo, no entanto, os gerentes responderam que sim, com alguns comentários referentes a reuniões, nas quais são decididas as condutas a serem tomadas. A enfermagem possui o CEPEN - Comissão de Educação e Pesquisa em Enfermagem que realiza atividades de introdução de novos servidores e aperfeiçoamento com diferentes temas, de acordo com a necessidade dos serviços. Mesmo com a existência do trabalho dessa comissão, 100% dos servidores entrevistados responderam negativamente a esta questão.

f) Grupos de trabalho para integração com outros setores

A integração com outros setores é desconhecida pelos servidores, visto que todos responderam negativamente a esta questão. Já, entre os que ocupam cargo de gerência, certas ações foram citadas, como, comissão de avaliação, de compras, comissão permanente de materiais. Algumas respostas consideram o trabalho integrado com a emergência, ambulatório, laboratório e nutrição. Mas, de modo geral, afirmam não haver grupos específicos para esse fim.

g) Sistema de avaliação da satisfação do cliente externo e interno

De acordo com as respostas dos servidores da clínica cirúrgica II, não existe um sistema de avaliação do cliente externo nem interno. Já, alguns gerentes afirmaram haver para o cliente interno, sendo unânimes em afirmar que não existe avaliação do cliente externo. Porém, avaliar a satisfação dos clientes foi um dos indicadores escolhidos por 50% dos gerentes entrevistados que julgaram ser essa informação uma ferramenta auxiliar importante na gestão.

h) Conhecimento do Manual de Acreditação

No que diz respeito ao Manual de Acreditação Hospitalar, somente um dos servidores questionado conhece o referido documento, tendo acesso a este através do curso de especialização. Dos gerentes que responderam à questão, alguns não conhecem, outros dizem conhecer parcialmente e somente três responderam afirmativamente.

i) Ações emergenciais para minimização de custos

A diminuição do tempo de internação é tida como uma das ações emergenciais mais importantes no que diz respeito à minimização de custos, sendo citada por grande parte dos gerentes questionados.

Fazendo um estudo da média de permanência das principais enfermidades faturadas no mês de março, pôde-se observar que esta média é superior ao que é preconizada pelo SUS na tabela de procedimentos do SIH – sistema de internação hospitalar, o que confirma a preocupação dos gerentes, sendo apontada como um fator a ser trabalhado, visando minimizar custos. Um comentário a esse respeito, justificando um dos fatores que aumenta a permanência do paciente no leito, foi relatado por um dos entrevistados: *“é necessário que a velocidade para obter resultados de exames complementares seja otimizada, pois, muitas vezes, mantemos pacientes vários dias internados aguardando um exame que poderia ser feito em pouco tempo”*.

4.2 Análise dos Indicadores

No questionário aplicado, apresentou-se uma lista de indicadores de custos para escolha dos entrevistados com vistas à tomada de decisão. Esses indicadores foram formulados de acordo com os níveis de relevância preconizados pelo Manual de Acreditação, conforme o padrão de gestão Administrativa e Financeira.

Os indicadores escolhidos são os seguintes:

a) Indicadores de Nível I

- Valor do custo total da clínica.
- Valor do custo médio/procedimento.
- Valor do custo total com material de consumo.
- Valor do custo com pessoal.
- Valor do custo com terceirizações.
- Valor dos custos com convênio FAPEU.

b) Indicadores de Nível II

- Custo leito dia.
- Custo da diária.

- Custo da alta hospitalar.
- Déficit ou superávit da clínica.

c) Indicadores de Nível III

- Custo processo/atividade.
- Custo do procedimento.
- Índice de satisfação dos clientes internos e externos.
- Custos de erros administrativos, perdas e desperdícios.
- Satisfação do cliente interno/externo.
- Análise de minimização de custos.

Para um melhor entendimento do questionário aplicado, optou-se por uma análise em separado dos dados tabulados. Assim, as respostas foram compiladas em dois grupos, ou seja, respostas dos servidores e respostas dos gerentes, segundo resumo abaixo:

Indicadores propostos	Número de Escolhas		
	Gerentes	Servidores	Total
Custo total da clínica	07	04	11
Custo médio/procedim.	07	03	10
Custo com pessoal	07	03	10
Custo com terceirizações	07	03	10
Custo do leio dia	06	03	09
Custo de material de consumo	05	04	09
Déficit ou superávit	06	02	08
Custo do procedimento	05	03	08
Índice de satisfação dos clientes internos e externos	05	03	08
Análise de minimização de custos	05	02	07
Custo com convênio FAPEU	04	03	07
Custo de erros administrativos perdas e desperdícios	04	03	07
Custo da alta hospitalar	04	01	05
Custo da diária	03	02	05
Custo do processo/atividade	03	02	05

Quadro 1: Número de escolhas de indicadores de custos.

Quanto aos servidores, fica evidente um desconhecimento a respeito do sistema de custos que se confirma ao analisar os indicadores apontados pelos mesmos. O que se observa é que há uma coerência na escolha dos indicadores, sendo que todos foram apontados como

importantes, concluindo-se, assim, que não há uma participação dos servidores no processo de gestão de custos.

Quanto aos gerentes, os indicadores, custo total, custo médio e custos diretos foram os mais citados. Esses indicadores, que já são calculados periodicamente e divulgados pelo Sistema de Apuração de Custos do HU/UFSC, indicam que os gerentes necessitam de informações menos complexas, que darão subsídios aos mesmos nas tomadas de decisões mais simples e imediatas, enfatizando-se, assim, a necessidade de se trabalhar, primeiramente, os problemas estruturais, conforme proposto no nível I do Manual de Acreditação Hospitalar.

Os indicadores que apontam custos dos processos e custos da qualidade e satisfação do cliente foram pouco citados, uma vez que atingem um grau de complexidade maior, a qual os gerentes entrevistados ainda não experimentaram, portanto desconhecem a sua utilidade.

O que foi verificado nos questionários vem ao encontro da lógica da resolução de problemas, descrita no Manual de Acreditação Hospitalar. Primeiro são resolvidos problemas menos complexos que podem comprometer toda a cadeia de produção de uma unidade. Em seguida, os de média complexidade e que podem comprometer parte do processo de produção e, por último, os complexos que, geralmente, estão ligados à satisfação e à qualidade dos serviços. A inversão dessa ordem pode levar os gerentes a um esforço muito grande para a correção dos problemas encontrados, ou até mesmo a tomada de decisões inócuas.

5 CONCLUSÃO

Analisando-se os dados da pesquisa, o sistema de apuração de custos desenvolvido e utilizado no Hospital Universitário e os níveis de relevância do Manual de Acreditação Hospitalar, pode-se concluir que, atualmente, o sistema hora utilizado atende as questões de nível I do manual, correspondendo a preocupação principal dos gerentes de acordo com a clínica pesquisada.

Tomando-se como parâmetro esses dados para todo o Hospital Universitário, conclui-se, como um todo, que o HU possui inúmeros problemas estruturais que precisam ser resolvidos em um primeiro momento, avançando-se, a partir daí, para questões mais complexas dentro de um planejamento institucional, que diz respeito aos níveis II e III do Manual.

Outro aspecto a ser observado é que não existe participação por parte dos servidores nas questões relativas à gestão, visto que há um desconhecimento geral dos aspectos relativos aos custos, à receita e à situação financeira da instituição.

Somente com a inclusão dos diversos agentes produtivos hospitalares, torna-se possível traçar uma estratégia para avançar em questões de maior complexidade, tais como a revisão dos processos de formação de custos e de qualidade (excelência).

Nesse contexto, as discussões periódicas levam a resolução dos problemas menos complexos, aumentando-se os desafios para os níveis II e III, nos quais os indicadores exigem um grau de complexidade maior. Estes só podem ser utilizados à medida que as metas previstas para os indicadores de nível I forem alcançadas, servindo como orientação para o crescimento da organização gerencial.

No que diz respeito aos níveis II e III, ao se trabalhar com os indicadores propostos, sugere-se a aplicação de uma metodologia para análise dos custos das atividades, como o sistema ABC, o qual permite o rastreamento dos custos para as atividades, e destas para os produtos. Em linhas gerais, o ABC permite um gerenciamento mais eficaz dos custos, pois a mensuração pode ser feita para cada atividade e o processo de melhoria pode ser efetuado diretamente sobre as atividades, independente da alocação dos custos aos produtos.

O Balanced Scorecard é outra metodologia avançada que contempla uma organização gerencial mais preocupada com questões qualitativas e satisfação do cliente, sendo que, com ele a instituição precisa ter clareza da visão estratégica da empresa, traçando objetivos estratégicos baseados no desempenho passado com medidas que impulsionem o desempenho futuro, cujos objetivos devem ser conhecidos por todos na empresa. Nessa concepção, todos são participantes ativos das questões gerenciais, tendo claro quais as metas definidas a serem alcançadas.

As metodologias citadas acima correspondem às linhas gerenciais preconizadas no Manual, no que diz respeito os níveis II e III, possuindo uma perspectiva voltada ao gerenciamento dos processos e medição do desempenho organizacional, de acordo com estratégias definidas e indicadores dos processos.

MANAGEMENT BASED ON COST INDICATORS DEFINED BY THE "MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO" (BRAZILIAN MANUAL OF ASSESSMENT): THE UH/UFSC SURGERY CLINIC II CASE

ABSTRACT

The following article aims to analyze the management process of the University Hospital/UFSC, based on cost indicators defined by the "Manual Brasileiro de Acreditação" (Brazilian Manual of Assessment). The choice of UH Surgery Clinic II as the research site was made due to the level of commitment of its professionals, as well as its costs composition and invoicing system. The research was conducted by analyzing the Brazilian hospital assessment process, studying the cost verification method used in the UH, and field research involving managers and employees of the clinic. The study used an outline of questions with semi-structured interviewing (attached to this article) to serve as a basis of analysis for the cost indicators. This study concludes that the cost system employed takes into account the points brought forward by the managers, that in turn, perfectly fits the requirements proposed in level I of the "Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar."

Key-word: Management. Indicators. Cost. Brazilian Manual of Assessment.

REFERÊNCIAS

BITTAR, Olimpio J. Nogueira V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 70-76, jan./mar. 2000.

BITTAR, Olimpio J. Nogueira V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **RAS**, v. 3, n. 12, p. 21-28, jul./set. 2001.

ELLU - Consultoria e Assessoria em Saúde. **Metodologia do processo de acreditação hospitalar**. Disponível em: <www.ellusaude.com.br/adm_hosp/acreditacao_07.asp>. Acesso em: 2006.

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

GURGEL JUNIOR, Garibaldi Dantas; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. Qualidade total e administração hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n. 2, p. 325-334, 2002.

KAPLAN, Robert S; NORTON, David P. **A estratégia em ação**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

KLUCK, Mariza. **Indicadores de qualidade para assistência hospitalar**. Disponível em: <<http://www.cih.com.br/Indicadores.htm>>. Acesso em: maio 2007.

MANUAL Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Brasília, Organização Nacional de Acreditação, 2006.

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

PATTIO, Maria Luiza Pimenta. **O impacto do sistema ABC no controle organizacional da Casa de Saúde Santa Maria**. 2001. 65 f. Dissertação (Mestrado do Programa de Engenharia de Produção) – Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SILVA, Márcia Zanievicz. **Mensuração dos custos de procedimentos médicos em organizações hospitalares**: sistematização de um método de custeio híbrido à luz do ABC e da UEP. 2006. 169 f. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Contabilidade) – Centro Sócio Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

APÊNDICE A: Questionário utilizado para a coleta dos dados.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA DEPARTAMENTO DE
DESENVOLVIMENTO DE POTENCIALIZAÇÃO DE PESSOAS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO HOSPITALAR

Entrevista

Profissão:

1 – Ocupa cargo de gerência na instituição? Sim () Não ()
Em caso afirmativo: gerente de divisão () serviço () seção ()

2- O HU possui um sistema de apuração de custos que mensalmente gera relatórios de análise de custos por centro de custos. Você tem conhecimento deste trabalho? () sim não ()
E dos resultados relativos à Clínica Cirúrgica II? Sim () não ()

3- Conhecer a composição de custos do serviço é importante no seu trabalho?
() Sim () Não
Comente

4- Existe padronização e documentação dos processos nas atividades desenvolvidas na clínica ou em suas atividades? ()sim () não
Em caso afirmativo, cite quais.

5- Referente à pergunta 4, as atividades desenvolvidas seguem um planejamento?
()sim () não

6- Há alguma preocupação por parte da equipe em buscar melhoria no processo de produção visando minimizar custos? ()sim () não
Se há, comente.

7- Existe um programa de capacitação e educação continuada com evidência de melhorias nos processos de trabalho? ()sim () não
Caso positivo, quais são os programas?

8- A clínica possui um sistema de avaliação da satisfação do cliente interno? ()
sim () não
E do cliente externo? ()sim () não

9- A clínica possui grupos de trabalho visando à integração com outros setores?

sim não

Em caso afirmativo, cite quais.

10- Você tem conhecimento da situação financeira do HU? sim não

11- Como gestor, você utiliza relatórios financeiros para dar suporte ao gerenciamento e/ou as atividades desenvolvidas? sim não

Se utilizar relatórios financeiros, cite-os.

12- Dos indicadores de custos listados abaixo, quais você considera importante conhecer para auxiliar no processo de gestão e tomada de decisão?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> valor do custo total da clínica | <input type="checkbox"/> custo do processo/atividade |
| <input type="checkbox"/> valor do custo médio/procedimento | <input type="checkbox"/> custo do procedimento |
| <input type="checkbox"/> valor do custo com material de consumo | <input type="checkbox"/> índice de satisfação dos clientes internos e externos |
| <input type="checkbox"/> valor do custo com pessoal | <input type="checkbox"/> custos de erros administrativos, perdas e desperdícios |
| <input type="checkbox"/> valor do custo com terceirizações | <input type="checkbox"/> satisfação do cliente interno/externo |
| <input type="checkbox"/> valor dos custos com convênio FAPEU | <input type="checkbox"/> análise de minimização de custos |
| <input type="checkbox"/> custo do leito dia | |
| <input type="checkbox"/> custo da diária | |
| <input type="checkbox"/> custo da alta hospitalar | |
| <input type="checkbox"/> déficit ou superávit da clínica | |
| <input type="checkbox"/> Outros. Especifique | |

13- Como gestor, se tivesse que tomar alguma decisão de imediato visando à minimização de custos na clínica cirúrgica II, o que você apontaria como prioridade?

14- A ONA Organização Nacional de Acreditação em conjunto com a ANVISA criou o manual de acreditação hospitalar. Você conhece esse trabalho ou já teve acesso ao conteúdo deste manual?