

Gestão das informações do sistema de custos em um hospital público

Katia Cirley Pinto Barcelos

Ana Alice Vilas Boas

Resumo:

A informação é um precioso recurso que deve balizar decisões estratégicas. A informação de custos é fundamental para os gestores em qualquer organização hospitalar: não somente nas privadas - quando pensamos na concorrência e lucro, quanto nas públicas, para a utilização eficiente dos recursos e produção de serviços de saúde de qualidade. O objetivo deste trabalho é verificar como as informações geradas pelos sistemas de custos são utilizadas no processo gerencial de um hospital público na cidade do Rio de Janeiro. Para isto foi verificada a estrutura do sistema de apuração de custos do hospital e as informações emanadas do mesmo, o conhecimento destas pelos gestores e sua empregabilidade na tomada de decisões. Foram entrevistados 10 (dez) gestores entre os meses de março e abril de 2005. Concluiu-se que os gestores subutilizam o sistema de custos, principalmente porque são carentes de treinamento e trabalham em uma cultura organizacional tipicamente "pública", que necessita de mudanças urgentes.

Área temática: *Gestão de Custos no Setor Governamental*

Gestão das informações do sistema de custos em um hospital público

Katia Cirley Pinto Barcellos (Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro – Brasil)

katiacirley@yahoo.com.br

Ana Alice Vilas Boas (Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro – Brasil)

analiceufrj@gmail.com

Resumo

A informação é um precioso recurso que deve balizar decisões estratégicas. A informação de custos é fundamental para os gestores em qualquer organização hospitalar: não somente nas privadas – quando pensamos na concorrência e lucro, quanto nas públicas, para a utilização eficiente dos recursos e produção de serviços de saúde de qualidade. O objetivo deste trabalho é verificar como as informações geradas pelos sistemas de custos são utilizadas no processo gerencial de um hospital público na cidade do Rio de Janeiro. Para isto foi verificada a estrutura do sistema de apuração de custos do hospital e as informações emanadas, o conhecimento destas pelos gestores e sua empregabilidade na tomada de decisões. Foram entrevistados 10 (dez) gestores entre os meses de março e abril de 2005. Concluiu-se que os gerentes subutilizam o sistema de custos, principalmente porque são carentes de treinamento e trabalham em uma cultura organizacional tipicamente “pública”, que necessita de mudanças urgentes.

Palavras-chave: Informação de Custos, Gestão Hospitalar, Tomada de Decisão.

Área Temática: Gestão de custos no setor governamental

1. Introdução

A competitividade proporcionada pela nova ordem econômica mundial, resultando na globalização dos mercados, traz desafios para os gestores de diversos níveis e das mais variadas atividades. A ênfase na qualidade e no gerenciamento de custos tem se tornado uma das principais ferramentas para enfrentar tais desafios, sendo enfatizada a criação de sistemas de custos bem elaborados, capazes de fornecer substratos adequados à tomada de decisão.

Dentro da área de saúde, custos merecem atenção especial por estar em constante mudança, quer pelas descobertas da Medicina, quer seja pela incorporação de novas técnicas e/ou equipamentos. Em especial, na área pública a preocupação com as informações de custo deve ser redobrada visto que, historicamente, existe um aumento exponencial de gasto contrastando com as restrições orçamentárias nesta área, tornando necessária a adoção de um sistema de custo que forneça aos gestores hospitalares informações, a fim nortear na tomada de decisões, empregando meios adequadamente para assegurar qualidade na assistência.

Com base no reconhecimento da importância da informação de custo como ferramenta administrativa, este estudo procurou verificar como ela nortearia a tomada de decisões dos gestores num hospital público. Assim, o objeto deste estudo constituiu-se o Uso das Informações do Sistema de Custos no Processo Gerencial de um Hospital Público no Estado

do Rio de Janeiro. O método utilizado foi o qualitativo, com abordagem descritiva. Realizada coleta de dados secundários e para as entrevistas, utilizou-se roteiro semi-estruturado.

O objetivo foi verificar como são utilizadas as informações de custos pelos gestores de um hospital público onde foram observados os seguintes aspectos: como funciona o sistema de custos da organização, quais são informações geradas, como é sua difusão e uso na organização, como é percebido pelo gestor e seu grau de satisfação com as informações. As entrevistas realizadas foram baseadas em roteiro semi-estruturado.

2. Referencial teórico

2.1 Informação e Gestão

A cada dia que passa, as mudanças são mais rápidas e faz com que os gestores precisem da informação para tomada de decisões. A informação é dinâmica, e capaz de gerar grande valor para a organização. Segundo Baumgartner apud Tognon (1999, p.7) “a era do empirismo na gestão hospitalar está com seus dias contados. As ferramentas administrativas e financeiras são cada vez mais necessárias. Hoje já se fala em planejamento financeiro, fluxo de caixa e outras ferramentas simples, porém de grande utilidade para a administração do negócio”.

Em todas as atividades da empresa está presente a informação. Ao mesmo tempo em que se constitui no principal insumo das organizações, a informação também representa um meio de sincronizar as diversas funções, processos e setores de uma empresa em busca de seus objetivos. Não basta que existam informações, elas devem atender às necessidades dos gestores em cada nível, sejam integradas internamente na organização e que tenham também pessoas que as utilizem para melhor tomada de decisões e monitoramento dos resultados. Magnus apud Castro e al (2002) acrescenta que os colaboradores possuem pouca qualificação e baixo conhecimento da necessidade de integração das informações entre os diversos setores.

Uma pesquisa realizada nos hospitais da cidade do Recife por Silva (2002) mostrou que, embora os hospitais avaliados tivessem informações sobre custos, os gestores administrativos em sua maioria não estavam satisfeitos com as informações geradas. Isto reforça o princípio que as informações devem atender às necessidades dos gestores, podendo, dentro da mesma instituição variar seu conteúdo por departamentos, níveis e gerência, sem perder sua essência. Além disso, é importante salientar que, cabe também ao gestor interferir junto ao setor de custo, a fim de que as informações venham de encontro aos seus anseios e necessidades.

No que tange ao gestor de saúde, Dussault (1992) afirma que certas aptidões são básicas para gerir, mas elas não bastam. Ela afirma que conceitos, métodos, instrumento básicos de gestão podem ser aprendidos, particularmente os que ajudam à concepção e a implantação de uma gerência estratégica, orientada para resultados mensuráveis, de acordo com objetivos de saúde. Este gestor deve possuir o conhecimento dos fatores ligados à saúde, do quadro jurídico e institucional da organização e da prestação de serviços, bem como da dinâmica das relações entre os atores do setor saúde e da tomada de decisão em relação à escolha das prioridades e alocação de recursos. Dussault (1992) acrescenta que não há tipo de profissional mais adequado para a função de gestor, podendo ser de saúde ou de outra área, desde que tenha capacidades, conhecimento, atitudes compatíveis com as exigências da gerência hospitalar.

Para apoiar este gestor, a maioria das organizações hospitalares conta com sistema de informações específico, que consolidam todas as informações necessárias para a gestão da

instituição. Um sistema de informação consiste num “conjunto de componentes inter-relacionados que coleta (ou recupera) processa, armazena e distribui informações para dar suporte à tomada de decisão e ao controle da organização.” (LAUDON & LAUDON, 1999, p.4)

Uma pesquisa realizada por Castro e al (2002) revelou que investimentos em sistema de informação na área hospitalar produzem bons resultados, tendo em vista a possibilidade de minimização dos seus custos através de um melhor tratamento das informações. Ainda na exposição destes autores a implantação de sistemas de informação em hospitais aqui no Brasil é recente. Magnus apud Castro e al (2002) diz que na área de saúde poucos são os modelos de gestão eficientes e acrescenta que os investimentos em gestão, treinamento tecnologia da informação e automação são completamente insuficientes e as instituições menos desorganizadas ainda convivem com um alto descontrole, desperdício de insumos superior a 15%, perdas de faturamento superiores a 10%, baixa qualidade no atendimento aos clientes e absoluto desconhecimento dos seus custos.

Malik (1996, p. 22) acrescenta que “A área de saúde no Brasil trabalha geralmente mal a questão de dados e informações. Atualmente, o discurso vem priorizando esse setor, num movimento pendular, embora sem que os fatos correspondam a essas intenções”.

Os sistemas de informação respondem basicamente as seguintes perguntas: qual tipo de informação necessita-se, sob que forma e quando? Quem utilizará a informação? Quando e onde? (MARIANO e MANFREDI, 2005).

Por ser um complexo de elementos em interação, os sistemas classificam-se em abertos e fechados. Os sistemas abertos caracterizam-se pela interação com o ambiente externo, suas entidades e variáveis, enquanto que os sistemas fechados não interagem com o ambiente externo. Os elementos básicos que compõem um sistema são: objetivos; ambiente ou processamento; recursos ou entradas; saídas; administração ou controle; e avaliação.

Podem ser ainda agrupados em: (1) sistemas de informação de apoio às operações e (2) sistemas de informação de apoio à gestão. Os sistemas de apoio às operações têm como objetivo auxiliar os departamentos e atividades a executarem suas funções operacionais. Os sistemas de apoio à gestão, por sua vez, preocupam-se basicamente com as informações necessárias para gestão econômica e financeira da empresa. O sistema de informação contábil é um sistema de apoio à gestão, juntamente com os demais sistemas de controladoria e finanças. Os sistemas de apoio à gestão têm como base às informações quantitativas e de processo geradas pelos sistemas operacionais.

A Contabilidade, como sistema de informações, caracteriza-se por registrar todas as transações ocorridas nas organizações, constituindo-se num grande banco de dados. Seus dados são úteis à administração, além de representarem um instrumento gerencial eficaz para o processo decisório e de controladoria.

Para cumprir seu papel como fonte de informações úteis para o processo de tomada de decisão, a contabilidade deve incorporar características fundamentais à administração, tais como: ser útil, oportuna, clara, íntegra, relevante, flexível, completa e preditiva (fornecer indicadores de tendências), além de ser direcionada à gerência do negócio.

O sistema de informação gerencial exige planejamento para produção dos relatórios, com enfoques diferentes para os diferentes níveis de usuários e de forma a atendê-los plenamente

em suas necessidades específicas, devendo contemplar os níveis estratégico, tático e operacional, de forma a assegurar o planejamento, a execução e o controle do ciclo administrativo.

O sistema de informação contábil deve ainda ser analisado sob a perspectiva da relação custo-benefício para a empresa. Um sistema de informação contábil adequadamente estruturado irá permitir uma gestão eficaz das informações necessárias para a gestão econômica e financeira da empresa, bem como apresentará um grau máximo de eficácia na relação custo e benefício da geração e comunicação das informações.

2.2 A organização hospitalar

Os hospitais são parte integrante de um sistema coordenado de saúde cuja função é dispensar à comunidade uma completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo de saúde e para as pesquisas biossociais (CHERUBIN, 1997, p. 10). São unidades completas, diferenciadas entre si, que dispõem de elevados recursos técnicos e tecnológicos e avultados meios financeiros para a produção de bens e serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999). Ocupam, portanto, posição relevante na economia.

Médici e Marques (1996, p. 49) destacam que as instituições hospitalares possuem peculiaridades que são perfeitamente compreendidas quando se atenta para o fato de que “o indivíduo, ao procurar a assistência médica, não o faz por livre vontade, mas sim por necessidade, isto é, por circunstâncias alheias ao seu desejo. Ao ingressar num serviço de saúde, o indivíduo não sabe que tipo de intervenção irá sofrer ou que tipo exame ou medicamento irá consumir”.

Atualmente, a organização hospitalar é uma das mais complexas, não apenas pela nobreza e amplitude da sua missão, mas, sobretudo, por apresentar uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia, para dar assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e realizador aos pacientes em regime de internação, onde se utiliza tecnologia de ponta de rotina e crescentemente (AZEVEDO, 1993).

De acordo com Mintzberg (1995), a organização hospitalar caracteriza-se por ser uma burocracia profissional do ponto de vista estrutural, onde o setor operacional tem importância, traciona e concentra o poder na organização. O seu mecanismo de controle dá-se por padronização de habilidades realizadas por órgãos fiscalizadores externos das diversas categorias profissionais. Isto lhe confere autonomia e independência da gerência estratégica, pois suas habilidades profissionais são definidas fora da organização em cursos profissionalizantes, ou seja, o estado da arte é um atributo das próprias corporações que desenvolvem seu trabalho no hospital. Tal condição enfraquece a vinculação com a organização e confere dificuldades adicionais como alta resistência às mudanças.

As organizações hospitalares, públicas ou privadas, estão inseridas num ambiente complexo e singular que as condiciona a um funcionamento inadequado diante da lógica da acumulação lucrativa dos mercados. Pois, independentemente de sua natureza, ambas as condições estão subordinadas a princípios éticos e legais que normatizam o setor saúde e às políticas governamentais, que colocam os hospitais frente a uma diversidade de interesses divergentes a contemplar.

Referindo-se ao assunto, Almeida (1987, p. 51) afirma que: “A diferença entre empresas hospitalares com fins lucrativos e sem esta finalidade reside no fato de que a performance da administração das primeiras é avaliada pela capacidade de remunerar a uma taxa ótima o capital investido, embora imbuídas do objetivo social inerente a todos os hospitais. Quanto às segundas, procuram manter os serviços dentro de padrões razoáveis na comunidade, sem a preocupação de remunerar o capital investido, mas desejando um crescimento satisfatório para a melhoria dos serviços e atender a demanda crescente da comunidade”.

Segundo Nogueira (1994), evidenciam-se os interesses dos usuários, que demandam assistência das mais variadas formas; os interesses dos trabalhadores da saúde, que buscam seu sustento e boas condições de trabalho; os interesses dos acionistas em se tratando de hospital privado, que objetiva o lucro; os interesses da rede de fabricantes e distribuidores de insumos, das empresas seguradoras e planos de saúde que estabelecem uma relação comercial com os hospitais; e, finalmente, os interesses dos poderes formalmente constituídos na gerência hospitalar e no governo, que têm nos objetivos técnicos e no alcance de metas programáticas da política de saúde o seu foco.

O parecer de Eduardo José Pereira (PEREIRA, 2004) – administrador hospitalar do Hospital São Francisco, no município de Americana em São Paulo, é que a redução de custos nos hospitais não implica na perda da qualidade e que o bom gerenciamento financeiro faz com que haja investimentos em hotelaria, equipamentos médicos, aperfeiçoamento de pessoal, entre outros, com a finalidade de promover qualidade no atendimento.

Na opinião de Dussault (1992) o desafio da gestão das organizações públicas de saúde é atuar para coordenação entre os prestadores (pessoal técnico) e administradores, sendo necessário, para isso, que os gestores suscitem a adesão dos profissionais aos objetivos organizacionais. E isto também se refere a custo.

Outros dois aspectos relevantes na organização hospitalar, em especial a pública, segundo a ótica de Dussault (1992) é a sua dependência em maior grau do ambiente sócio-político, que a deixa mais vulnerável, tendo seu quadro de funcionamento regulado externamente à organização e sua obrigação de prestar serviços. Dussault (1992) esclarece: “Os cidadãos têm o direito de receber serviços, o que significa, em princípio, que não existe a possibilidade de selecionar a clientela, os problemas a atender, nem os serviços a produzir. **Não é possível repelir os casos mais difíceis ou dispendiosos.** Evidentemente, esse dever de atendimento está habitualmente em contradição com a limitação dos recursos. Do outro lado, as organizações públicas não são submetidas às regras do mercado e podem sobreviver mesmo quando não são eficientes”. (grifos do autor)

Filho e Costa (2002) corroboram com Dussault (1992) e acrescentam que os hospitais públicos são as entidades governamentais que mais sofrem controle externo, quer seja pelo governo, pelos Tribunais de Contas, imprensa ou pela própria comunidade na garantia de seu direito.

No entanto, a queda na alocação de recursos federais para a saúde, a partir do Governo Collor trouxe a discussão o volume de recursos necessários para implantação do SUS (MÉDICI E MARQUES, 1996, p. 48); porém, a busca da eficiência ficava para segundo plano. Eles acrescentam: “A criação e implantação de um sistema de controle e de custo, com vista à otimização dos recursos, não fazia, portanto, parte da pauta. Era como se a universalização e a melhora da qualidade dos serviços prestados dependessem, única e exclusivamente, do aumento de recursos para a área de saúde”.

Logo, cabe aos gestores hospitalares públicos conciliarem eficácia, eficiência, economicidade e legalidade, para manter o dever de bem atender, além de saberem utilizar as informações internamente, na medida do possível, para sensibilização dos órgãos governamentais. Porém, a melhoria deve partir inicialmente na organização, pois é esta atitude que gera resultados demonstrados no sistema de informações.

Silva (2002, p. 8), em pesquisa sobre sistemas de apuração de contas hospitalares, alerta para o fato que nos últimos 30 anos ocorreu um aumento no número de publicações abordando custo na área de saúde, em especial em hospitais. Não obstante, tais publicações pouco abordaram sobre as informações geradas pelos sistemas de informações de custos hospitalares e sobre o perfil dos gestores administrativos hospitalares, os quais geram e/ou utilizam informações de custos, definindo uma importante lacuna na literatura.

2.3 Custos em saúde

Custeio é o método para apropriação dos custos, diretos e indiretos, aos produtos. Custear, por sua vez, significa coletar, acumular, organizar, analisar, interpretar e informar custos e dados de custos, com o objetivo de auxiliar a gerência da empresa.

A preocupação em relação aos custos hospitalares teve início no final da década de 80, quando os fundos públicos tornaram-se escassos e houve então a preocupação dos administradores em melhor alocar os recursos disponíveis nos hospitais. Para Martins (2000, p. 18), o custo hospitalar é: “parte integrante do processo administrativo e proporciona à administração hospitalar o registro dos custos da produção médica; custos por paciente; custos da diária por paciente, custos especiais que auxiliam nas decisões de vendas, nos métodos de produção médica, nos procedimentos de compras, nos planos financeiros de investimentos e também na concretização das funções administrativas – fixar a meta de resultados; e determinar, controlar e analisar variações que desviam dos padrões estabelecidos (...) é um instrumento de trabalho fundamental para a otimização das operações do hospital, alertando a administração para quaisquer resultados que exijam correção”.

Em perspectiva análoga, Pereira (2004) acrescenta que os custos em um hospital funcionam como em qualquer outra atividade, com particularidades a cada área: trata-se de prestação de serviços, cujo produto final é a recuperação e satisfação do paciente (cliente) e de seus acompanhantes. Por trabalhar com vidas humanas, a maioria dos leigos considera um absurdo um hospital falar em custos, no entanto, sua redução não implica perda de qualidade, ao contrário: um hospital com bom gerenciamento financeiro tem condições de reverter o resultado em educação continuada para seus profissionais, modernização do espaço físico (hotelaria) e também em equipamentos médicos de última geração, que com certeza trarão mais conforto e confiabilidade aos seus pacientes (clientes).

A tendência, segundo Filho e Costa (2002), é a escassez cada vez maior de recursos financeiros para o setor, ao contrário dos investimentos exigidos na área, principalmente na incorporação de novas tecnologias. Silva e al (2002) comentaram sob o panorama brasileiro quanto aos custos hospitalares e dizem que eles assumiram uma proporção elevada na economia, como em todo o mundo, o que justifica a necessidade da existência de um sistema de informações, a fim de se obter a informação no tempo certo para controle e tomada de decisões.

Médici e Marques (1996) analisando crescimento de gastos com a saúde, citam alguns fatores responsáveis pelo crescimento da despesa na área da saúde: a extensão e a melhoria da

cobertura devido à universalização do acesso à saúde e diversificação da oferta pública de serviços; a maior exigência do usuário; o envelhecimento da população, tendendo a doenças crônicas com tratamentos prolongados e caros; a introdução e desenvolvimento de novas técnicas de tratamento ou diagnóstico; e a alta de preços de bens e serviços, refletindo a inexistência de escolha por parte do usuário e do setor público no tratamento a ser realizado.

As organizações de saúde, em particular os hospitais, pela complexidade apresentada no processo de trabalho, requerem um acompanhamento gerencial rigoroso, que necessita de dados reais para auxílio na tomada de decisão e na implementação de alternativas que visem a otimização dos recursos, sem comprometer a qualidade dos serviços prestados à população. É preciso adotar uma política de controle dos custos como necessidade de ajustamento às tendências mundiais, garantindo a sobrevivência das instituições de saúde que convivem com uma grave e conjuntural limitação dos recursos disponíveis, recursos esses que sempre serão, de alguma maneira, limitados e menores do que as necessidades potenciais existentes.

Filho e Costa (2002) afirmam ser possível reduzir custos nas organizações hospitalares, apesar das dificuldades existentes no setor, como realizando gestão adequada dos estoques e da logística hospitalar. Estes autores destacam em seu trabalho a importância da visão econômica que os hospitais públicos devem ter para manter equilíbrio entre receitas e despesas e garantir bons serviços (FILHO e COSTA, 2002).

Rego (1999) aponta o que se espera de um sistema de custeio: que identifique qual é o custo de um produto ou serviço, onde é possível reduzir custos e/ou aumentar a qualidade, que permita realizar análises de relações custo x benefício, ou seja, que permita tomar decisões rápidas e certas.

Martins (2000) enfatiza que a determinação de custos hospitalares auxilia na preparação do orçamento - fator relevante na área pública, determina custos por período, calcula valor de estoques de materiais para controlar quantidades físicas, além de estabelecer procedimentos que permitam determinação, controle e análise de custos hospitalares.

Muitos autores acrescentam outras finalidades da informação de custos, mas cabe ao gestor analisar o uso desta ferramenta na instituição e de que forma poderá servir para otimizar as operações do hospital.

Por outro lado, Castro (2002) afirma que o conhecimento da estrutura de custos de uma instituição é muito importante para melhor gerenciamento dos serviços, além de poder se utilizar as informações para apoiar o planejamento a médio e a longo prazo.

Cada centro de custo pode produzir bens intermediários e bens de consumo final, recebendo para tal, insumos oriundos de fornecedores externos (fora do hospital ou serviço de saúde) ou internos (outros centros de custo). Nessa concepção, portanto, o hospital ou serviço de saúde pode ser entendido como um conjunto de centros de custo, interligados por um determinado processo de trabalho, que produzem bens e serviços de saúde (MÉDICI e MARQUES, 1996).

Os centros de custos podem ser divididos, segundo Médici e Marques (1996) e Martins (2000), em centro de custos diretos – aqueles que produzem diretamente serviços de saúde; centro de custos indiretos – aqueles que produzem bens/serviços consumidos internamente por todos ou quase todos os centros de custo de um estabelecimento de saúde; centro de custo de apoio – são aqueles que produzem bens e serviços que apóiam a atividade diagnóstica e terapêutica dos centros de custos diretos.

Para Médici e Marques (1996) a criação e classificação dos centros de custo variam de acordo com cada hospital. No entanto, é o primeiro passo para se estabelecer qualquer sistema de informação sobre custos em um estabelecimento de saúde, capaz de registrar as informações física e financeira associada a insumos, produtos e valor adicionado em cada etapa do fluxo de produção de serviços de saúde.

Na perspectiva de Martins (2000), a departamentalização do hospital é quem determina o custo por paciente, custos por procedimentos médicos e promove controle efetivo dos custos hospitalares. À medida que o paciente transita pelos serviços – denominado pelo autor como “departamentos de produção médica”, recebem débitos de materiais e medicamentos, taxas de equipamentos médicos, salas, etc.

O mesmo autor aponta pré-requisitos para construir um sistema de custos hospitalares, quer sejam: o entendimento da estrutura organizacional do hospital, dos procedimentos e do tipo de informação que se deseja. Como finalidade o sistema deve permitir calcular custos dos serviços e por prontuários, avaliar estoques de materiais e medicamentos, ajudar e eliminar desperdícios.

Médici e Marques (1996, p.54) referem que os sistemas de custos em saúde podem ser divididos em três grandes blocos: sistemas de custeio por absorção; sistemas de custeio por patologia ou enfermidade e sistemas de custeio por procedimentos. No entanto, alertam os autores, que “esses sistemas são meramente descritivos de um quadro ou situação efetivamente encontrada nos serviços de saúde”.

As informações de custos representam um insumo fundamental para dois níveis de avaliação de desempenho: o controle por níveis de responsabilidade (responde pela origem dos custos e identifica o desempenho em toda a extensão do hospital, tanto das funções administrativas e de apoio quanto das atividades produtivas) e a apuração do custo dos serviços (compreende a apuração do custo de produção dos serviços que pode ser feito por componentes – diárias, taxas, exames, consultas, etc., ou por procedimentos hospitalares – parto normal, parto cesárea, etc.). Beulke apud Castro (2002) apresenta as principais aplicações de um sistema de custeio: formação do preço de venda; gerenciamento do resultado; planejamento das atividades; função contábil.

Para o Conselho de Contabilidade apud Castro (2002), o conhecimento de custos de uma instituição é fundamental para a tomada de decisões, podendo se aplicar os sistemas de custo nos objetivos da instituição:

- Administrando recursos para obter melhores resultados;
- Organizando gestores, que aparecem com a descentralização decorrente do crescimento das empresas e do processo operacional, onde a autoridade e responsabilidade são necessárias para manter a execução e qualidade em qualquer nível;
- Avaliando desempenho, comparando o montante de recursos consumidos com o planejado;
- Informando para decisão;
- Prevendo as atividades que devem ser desenvolvidas no processo operacional, o consumo de recursos envolvidos e os prazos de execução. Orienta a execução das atividades, auxiliando na correção de desvios.

Ainda segundo Médici e Marques (1996, p. 54): “A introdução de formas de padronização de custos, por procedimento ou patologia, com revisões periódicas, tem sido um dos meios para utilizar a informação ideal de custo como critério de pagamento de serviços de saúde. Este tipo de informação padronizada permitiria, ainda, a partir de um adequado planejamento da demanda, programar os orçamentos do setor saúde”.

A contabilidade geral é a principal fonte de informações das empresas, qualquer que seja seu ramo de atividade, para obter dados sobre a composição de seus custos. Normalmente, estas informações estão discriminadas pelos grupos contábeis e pelos centros de custos, com os valores em moeda constante, e ainda, associadas ao sistema orçamentário, o que permite checar o grau de execução das metas estabelecidas. Conforme Beulke (1997, p. 19) “...empresas se dispõem a implantar um sistema de custos, no intuito de medir o acerto de suas decisões e apontar os desvios em relação ao que foi traçado como meta, para então corrigi-los, com a necessária transparência e motivação das áreas afetadas”.

A idéia da utilização de sistemas de custeios dentro das empresas privadas esta bem disseminada e as empresas que buscam uma maior competitividade, certamente, se utilizam deste instrumento. No entanto, segundo Beulke (1997, p. 14-15) “...a quase totalidade das instituições de saúde no país desconhece a sua estrutura de custos” e ainda afirma que estas instituições são “... grandes desperdiçadoras de custos ... que resulta diretamente da inexistência de um sistema técnico , detalhado e consistente de custos....”.

Assim, Castro (2002) conclui que sistemas de custeio são importantes porque viabilizam a realização de outros estudos de custos ou avaliações, pois organizam as informações econômicas. Não existe um sistema e custeio perfeito que seja resposta única com todas as soluções. Ocorre que alguns são mais apropriados que outros, conforme as circunstâncias. Para o autor, os sistemas que existem foram desenvolvidos para a lógica do setor privado e que para construir um sistema de custeio para os serviços de atenção básica deve-se partir dos sistemas existentes e realizar as modificações necessárias.

3. Metodologia

Este artigo trata de estudo de caso que utilizou como cenário um Hospital Público na cidade do Rio de Janeiro. A metodologia utilizada é a qualitativa, com abordagem descritiva. Para identificação dos gestores a serem entrevistados, utilizando-se um roteiro semi-estruturado, foi necessário analisar o funcionamento do Sistema de Custos da Instituição, realizando uma coleta de dados secundários e consolidando informações prestadas pelo setor de custos.

As entrevistas foram realizadas nos meses de março e abril de 2005 e objetivou identificar perfil dos gestores administrativos e a utilização das informações produzidas para tomada de decisões, assim como o grau de satisfação do gestor quanto às informações oferecidas.

4. O sistema hospitalar da instituição

O Sistema de Informação Hospitalar (SIH), existente no hospital em tela, começou a ser desenvolvido em 1984, com o levantamento das informações do sistema manual. E somente em 1990, o SIH entrou em operação com os subsistemas necessários para a produção da conta hospitalar, integrando a prescrição médica, o gasto de material de uso hospitalar e o controle de estoque. Em 1994, o aumento da demanda de utilização e o crescente número de solicitações para informatização de outras atividades do Hospital, acarretou uma redefinição do projeto e conseqüente mudança de plataforma de apoio ao sistema. Em 1997, o sistema

assumiu outras características contando com 40 módulos integrados, que já foram alteradas desde então.

O sistema disponibiliza informações sobre o usuário, desde sua entrada no hospital até a alta, com o fechamento da conta hospitalar. Nele, ficam registrados diagnósticos, prescrições de medicação e materiais usados, prescrições de dietas, evolução clínica e resultados de exames. Possui a capacidade de fornecer relatórios gerenciais a todos os níveis da organização hospitalar, permitindo inclusive o desenvolvimento do prontuário eletrônico.

À época de apresentação do sistema aos clientes internos da organização, foram enumeradas várias vantagens, tendo sido destacada a contribuição do mesmo para:

- agilizar o atendimento hospitalar e ambulatorial
- melhorar a arrecadação com o aumento do número dos pontos de cobrança automatizada, permitindo faturamento uniforme dos procedimentos médico-hospitalares
- automatizar o levantamento de dados para a confecção dos indicadores hospitalares de produtividade (média de permanência, taxa de ocupação e altas por transferência) e qualidade (taxa de mortalidade geral, neonatal, materna; taxa de infecção hospitalar, etc.).
- controlar efetivamente a ocupação de leitos hospitalares.
- controlar uso de antimicrobiano (alto custo) e materiais.
- aumentar a eficiência do Serviço de Arquivo Médico e Estatística
- disponibilizar os resultados/laudos dos exames do paciente mais rapidamente, diminuindo tempo de espera e conseqüente aumento da permanência.

Além disso, o Sistema Hospitalar gera relatórios on-line por departamentos, acessíveis a usuários restritos. Alguns são encaminhados à Contabilidade, outros são para controle interno do setor ou setores afins. Porém, na história do sistema hospitalar pouco se enfatizou a importância das informações geradas aos gestores.

4.1. O centro de custos

O centro de custos do hospital foi criado em 1994, na seção de contadoria, levando-se em conta a atividade-fim do hospital, ou seja, sendo apenas contabilizadas as despesas e receitas diretamente ligadas às clínicas do hospital. O centro de custos possui 49 clínicas espalhadas pelo hospital em diversas atividades e serviços diretamente ligado ao atendimento ao paciente.

O objetivo inicial do Centro de Custos do Hospital é fornecer dados a fim de permitir uma avaliação do desempenho das clínicas de acordo com os recursos que chegam para suprir as mesmas com materiais de uso médico e medicamentos, gases medicinais, limpeza técnica e manutenção de material de saúde. Além desses, também são processados os valores relativos a material de almoxarifado utilizado nas clínicas e material de limpeza.

As despesas e receitas que são processadas relativas às clínicas ou serviços da área médica, odontológica e de diagnóstico, ocorrem pela forma como os recursos são repassados para o Hospital e a sua respectiva destinação. Estes recursos chegam através da gestão Tesouro, pela natureza da instituição.

Com relação às despesas, subdividem-se em: despesas diretas (material de expediente, de limpeza, penso-cirúrgico, drogas e medicamentos, gases medicinais) e indiretas. Já as receitas são divididas em: receitas de internação (material penso-cirúrgico, drogas e medicamentos, gases medicinais, procedimentos, diárias e taxas) e receitas ambulatoriais (material penso-cirúrgico, medicamentos e procedimentos). As despesas com as áreas administrativa e de apoio não são consideradas.

Despesas indiretas não são computadas devido à inexistência do controle dessas despesas mensuráveis pelas clínicas. Além disso, por não haver cobrança de níveis superiores, o empenho e o investimento, tanto de pessoal quanto financeiro para que sejam desenvolvidos mecanismos coerentes para a quantificação dessas despesas é escasso.

Os recursos que chegam ao Hospital, mal conseguem fazer frente às despesas, por não serem considerados todos os gastos. No entanto, é primordial um efetivo controle de custos por clínica a fim de medir seu desempenho, para que se consiga otimizar os recursos, que cada vez estão mais escassos.

As planilhas geradas pela Contadoria, que trata a consolidação de informações, reflete entre outros, a situação de estoques das clínicas, sendo possível verificar e detectar desperdícios, falta de cobrança de despesas ou mesmo um estoque excessivo e desnecessário em determinado setor. É o controle do desempenho de cada clínica, sendo muito importante para o Hospital uma vez que suas receitas provem das indenizações que os usuários do sistema fazem em decorrência de despesas realizadas e computadas.

As informações geradas na Seção de Contabilidade a respeito do Centro de Custos são repassadas à Direção do Hospital e Chefia Administrativa.

4.2 Análise dos dados

As entrevistas foram realizadas nos meses de março e abril de 2005 com os gestores identificados como usuários e que consentiram com a entrevista, no total de 10 (gestores). Quanto ao perfil dos entrevistados, a maioria é do sexo masculino (80,0%), com idade média em torno de 45 anos, com pós-graduação *lato sensu* (70% dos participantes), assim distribuído por área de especialização: Administração Hospitalar (4 participantes, 57,14%), Administração Pública (2 participantes, 28,57%) e Gestão de Serviços (1 participante, 14,29%). Em média, possuem cerca de 16 anos de experiência profissional (média = 16,4 anos), dos quais cerca de 9 (média = 9,3 anos) especificamente na instituição em tela. O Gráfico 1 apresenta uma comparação das variáveis idade, experiência profissional e experiência profissional dos entrevistados

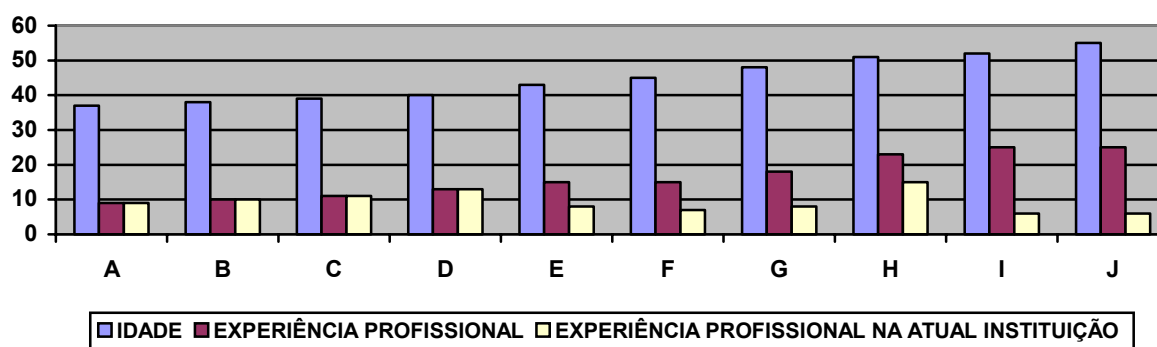


Figura 1 – Distribuição da amostra quanto às variáveis idade, experiência profissional e profissional

Quanto ao conhecimento dos participantes quanto o Sistema de Informações de Custos (SIC) existente na instituição, os mesmos informaram que este gera um amplo espectro de informações (custo por paciente, custo por serviço/procedimento, custo por departamento, custo por centro de custos e custo por médico), sendo o custo por centro de custos a categoria referida com maior frequência pelos gestores (70%). As vantagens apontadas com maior frequência foram: agilidade no acesso à informação (80,0%) e confiabilidade dos dados disponíveis (50%). Três participantes (30%) referiram que o SIC favorece a transparência da gestão, o que, entretanto, não seria uma vantagem operacional específica do SIC em tela e sim, do processo de publicidade da informação propriamente dito.

Ao enfocarem as desvantagens, os aspectos apontados não se relacionaram ao SIC propriamente dito. Quatro participantes (40%) referiram a falta de cultura organizacional de uso do SIC; três participantes (30%), o treinamento insuficiente que compromete o uso pleno das possibilidades do SIC; dois participantes (20%) mencionaram ambos os fatores e um (10%) não mencionou qualquer desvantagem.

No que se refere à divulgação dos relatórios de custos, a totalidade (100%) respondeu que o envio tanto é feito periodicamente, independentemente de solicitação, como pode ser feito mediante solicitação e orientado à demanda específica dos gestores. A demanda de informações se concentra basicamente em três focos de atenção: controle de estoque e distribuição dos diversos tipos de materiais em uso, controle de gastos e controle de faturamento.

O grau de satisfação referido em relação ao sistema foi de cerca de 8 pontos (média = 7,8 pontos) e a empregabilidade do sistema, por sua vez, foi avaliada em cerca de 9 pontos (média = 8,7 pontos).

Ao serem questionados acerca da existência de informações que julgariam necessárias para um melhor exercício de sua atividade gestora e que não seriam disponibilizadas pelo SIC, a maioria dos gestores (70%) respondeu que sim. Todavia, quando a entrevistadora questionou quanto à possibilidade de solicitação de tais informações em demanda específica, conforme havia sido apontado anteriormente, quando da análise da divulgação dos relatórios de custos, somente 3 gestores (30%) mantiveram a resposta afirmativa. Os conteúdos apontados, entretanto, revelaram que não se tratava propriamente de informações novas e sim, de uma demanda por uma maior interatividade com o sistema. Todavia, à medida que os mesmos reconhecem que não possuem pleno conhecimento da capacidade funcional do sistema, essa avaliação deve ser encarada com alguma reserva.

Ao serem perguntados acerca da existência de informações que julgariam desnecessárias para o exercício de sua atividade gestora e que seriam disponibilizadas pelo SIC, todos os participantes responderam negativamente.

Questionados acerca da proposta de mudanças sobre o tipo de informações geradas pelo SIC, todos os participantes responderam afirmativamente e se declararam satisfeitos em relação aos resultados obtidos.

A maioria dos participantes (70%) acrescentou livremente que o SIC existente é bastante adequado e satisfatório, não sendo o sistema propriamente dito o foco de atenção. Nesse sentido, acrescentaram que os principais problemas existentes se referiam tanto à falta de

treinamento propriamente dito, como à falta de motivação, relacionando tais aspectos à cultura organizacional. Ainda que a primeira versão do sistema date de 1985, somente em 1997 o sistema assumiu as suas características atuais. Nenhum dos gestores participantes acompanhou o histórico de implantação das primeiras versões, mas referem conhecimento de que à época houve grande resistência, não apenas em relação à implantação de um sistema de informação hospitalar, mas ao processo de informatização da organização do hospital como um todo. Além disso, as sucessivas redefinições do projeto original dificultaram a adaptação dos usuários e retardaram a assimilação do processo pelos integrantes da organização.

Seis participantes (60%) fizeram referência a dificuldades específicas da administração pública – com conseqüente dificuldade em se utilizar plenamente as informações, que comprometeriam o desenvolvimento de um planejamento estratégico a médio e longo prazos, sendo que as principais delas foram: desconhecimento dos recursos orçamentários que serão disponibilizados e do cronograma de desembolso de tais recursos, apontadas por 83,33% dos participantes que fizeram tal referência.

A maioria (90%) referiu que o SIC é efetivamente utilizado para atendimento das necessidades administrativas, tanto de cunho fiscal como gerencial, com predomínio desse último. Especificamente quanto ao uso do SIC como ferramenta de apoio à decisão, 70% dos participantes mostram-se satisfeitos com o nível das informações obtidas para atendimento de suas necessidades. Nesse contexto, referem que o controle dos dados, a geração das informações e o domínio das técnicas contábeis favorecem o gerenciamento organizacional, permitindo um melhor acompanhamento das operações da organização e de seus resultados, em todos os níveis e mercados.

Quanto à base do SIC, a maioria dos participantes (80%) respondeu que o SIC está baseado nas informações do que se adquire, usa, cobra, recebe e paga. O que se adquire é o que chega aos depósitos (almoxarifado, depósito de material penso-cirúrgico e farmácia). O que se usa e cobra é a produção de cada setor, clínica ou serviço. O que se recebe são as notas de crédito oriundas de recursos do Tesouro Nacional, estes últimos vinculados à produtividade hospitalar. O que se paga é o que se consome, adquirido junto aos diversos fornecedores.

Convidados a comentar os objetivos do SIC, foram apontados: apurar resultados de cada setor e do hospital como um todo (90%); identificar os setores que mais produzem, mais faturam e mais gastam (90%); identificar dificuldades gerenciais de materiais e medicamentos nos setores (80%); e avaliar resultados das gestões passadas, acompanhando evolução (50%).

Solicitados a avaliar, de acordo com uma escala de 0 a 10 pontos, o grau de conhecimento próprio acerca da operação e funcionalidades do SIC, foi observada média de 8,5 pontos. Quando solicitados a estimar, também de acordo com uma escala de 0 a 10 pontos, o grau de conhecimento dos demais gestores acerca da operação e funcionalidades do SIC, essa média decresceu para 7,8 pontos. Quando o universo de avaliação foi estendido a todos os usuários do SIC, não necessariamente gestores, a média estimada foi de 6,9 pontos.

4.3. Discussão dos resultados

O perfil dos gestores denota larga experiência à nível gestão e bom nível de escolaridade, o que facilita o aproveitamento e uso estratégico da informação.

Quanto ao sistema de custo, aparentemente, não existe uma reflexão crítica quanto a se a utilização desse sistema fornece aos gestores hospitalares os dados necessários para tomada

de decisões otimizadas que levem em conta a alocação de recursos e a contenção de custos, assegurando, assim, a viabilidade financeira de suas organizações em longo prazo. Isso pode ser devido, em grande parte, ao fato de que tais gestores não participaram da implantação das diferentes versões do SIC existente, o que poderia, eventualmente, levá-los a assumir uma postura passiva em relação às suas características.

Embora os gestores tenham referido conhecimento de quais informações estão disponibilizadas através do sistema, a impressão foi de que o SIC esteja sendo sub-utilizado, pelo menos enquanto ferramenta gerencial; isto ficou nítido quando inferiram a falta de cultura organizacional para uso do SIC, falta de motivação e treinamento. Não obstante, o próprio reconhecimento é em si mesmo, um aspecto bastante positivo, particularmente quando já agrega o valor da busca das possíveis causas para tal, no caso, a cultura organizacional.

A discrepância de avaliação, com evidente tendência a supervalorizar o próprio conhecimento e subvalorizar o conhecimento dos demais pode estar eventualmente correlacionada à própria cultura organizacional.

A aparente contradição entre os dados de satisfação e empregabilidade dos dados, sendo o índice deste maior que a satisfação, reforça aspecto anteriormente referido, relacionado à necessidade de treinamento para que a capacidade do sistema possa ser integralmente aproveitada.

Finalmente, parece oportuno destacar que nenhum sistema de custos, por mais complexo, avançado e bem adaptado que seja não é uma panacéia para todos os problemas dentro de um hospital ou qualquer outra organização. Se uma organização está operando ineficientemente, o SIC pode auxiliar os administradores na identificação de pontos críticos, mas caberá a eles implementar as ações corretivas que se fizerem necessárias.

5. Conclusão

As organizações hospitalares públicas encontram-se inseridas num contexto de custos cada vez mais altos, numa tentativa de se manter atualizado a novas tecnologias, nem sempre possível acompanhar devido a escassez crescente de recursos disponíveis. Logo, estes recursos devem ser mais bem empregados pelo gestor, a fim de assegurar a missão da instituição através de uma prática de gestão com eficiência, eficácia e principalmente com bom emprego de créditos públicos.

E para isto existem os sistemas de custos: para disponibilizar informação que apóiem a tomada de decisão dos gestores. Em relação ao setor público, nem sempre existe um efetivo sistema de custos ou, o pior, falta preparo dos profissionais para seu entendimento e empregabilidade. Uma vez que a tendência dos gastos com a saúde pública tende a aumentar mediante a proletarização da população, aumento da expectativa de vida, aliado ao dever de garantia de saúde pelo Estado, cabe remodelar e aprimorar sistemas capazes de fornecer informações de custos relevantes, mas principalmente, investir no gestor hospitalar, para que este sistema subsidiem verdadeiramente sua administração nesta organização tão complexa.

Referências

AZEVEDO, C.S. Gerência hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1993. Dissertação de mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Janeiro.

BEULKE, R. Gestão de Custos e Resultados na Saúde: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres. São Paulo: Saraiva, 1997.

CASTRO, J.D. Instrumentos para Avaliação Econômica dos Serviços de Saúde. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/economiadasaude>. Acesso em 30 de março de 2005.

CASTRO, M.L.; FREIRE, H.V.L.; VASCONCELOS, C.R.M.; COSER, M.B. Implantação de sistema de informação em hospitais: um estudo comparativo. Disponível em: <http://www.eac.fea.usp.br>. Acesso em 11 de janeiro de 2005.

CHERUBIN, N.A.; SANTOS, N.A. Administração Hospitalar — Fundamentos. São Paulo: CEDAS, 1997.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. Rev. Adm Pub. Rio de Janeiro: nº 2: p.8-19, 1992.

FILHO, J. C.S.; COSTA, M.A . E. A importância dos estoques nas organizações. Disponível em: <http://www.eac.fea.usp.br>. Acesso em 11 de janeiro de 2005.

LAUDON,K.;LAUDON,J. Gerenciamento de sistema de informação. 3ª ed. Rio de Janeiro: LTC: 1999.

MALIK, A.M. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. Cadernos Fundap. Rio de Janeiro: FGV, 19: 47-59, jan./abr. 1996.

MARIANO, Sandra R. H.; MANFREDI, Vanilde. Gestão da Informação : MBA em Gestão pela Qualidade Total, Universidade Federal Fluminense, 2003. Apostila.

MARTINS, D. Custos e Orçamentos Hospitalares. São Paulo: Atlas, 2000.

MEDICI, A.C.; MARQUES, R.M. Sistemas de custo como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde. Cadernos Fundap. Rio de Janeiro: FGV, 19: 7-25, jan./abr. 1996.

MINTZBERG, H.A Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações. São Paulo: Atlas, 1995

NOGUEIRA, L.C.L Gerenciando pela qualidade total na saúde. Belo Horizonte: EDG, 1999.

NOGUEIRA, R.P. Perspectivas da qualidade em saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

PEREIRA, E.J. Custos Hospitalares. Disponível em <http://corporativo.bibliomed.com.br>. Acesso em 05 de setembro de 2004.

REGO, Marcelo R. S. Sistemas de Custeio baseado em atividades. MBA em Gestão pela Qualidade Total, Universidade Federal Fluminense, 1999. Apostila.

SILVA, A.P.F. et al. Um estudo sobre o perfil dos gestores administrativos hospitalares que gerenciam as informações geradas pelos sistemas de custos hospitalares em funcionamento na cidade do Recife. Disponível em <http://www.eac.fea.usp.br>. Acesso em 11 de janeiro de 2005.

SILVA, A.P.F. Sistema de apuração de custos hospitalares: uma pesquisa nos hospitais da cidade do Recife. 2002. 69p. Monografia (Graduação em Ciências Contábeis). Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

TOGNON, I.V. Uma contribuição ao estudo dos custos hospitalares com o uso do custeio baseado em atividades: um estudo de caso do setor de pediatria do Hospital de Caridade de Carazinho. Florianópolis, 2000. Dissertação de Mestrado em Administração. Curso de Pós-Graduação em Administração/UFSC.