

JONAS ORLANDO DOMICIANO



O GERENCIAMENTO DOS RECURSOS MATERIAIS, FÍSICOS E
FINANCEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

Dissertação apresentada à Pontifícia
Universidade Católica do Paraná, como
requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Educação, sob a orientação do
professor Doutor Éder Paschôal Pinto.

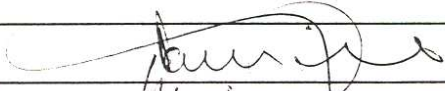
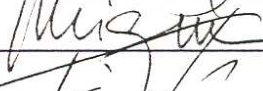
Dis
378
D669g
1998
EX.1

CURITIBA
1998

ATA DO EXAME DA DISSERTAÇÃO

Exame de Dissertação n.º 111

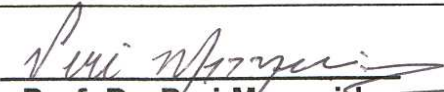
No dia **29 de maio de 1998**, às **14h**, reuniu-se a Banca Examinadora, composta pelos seguintes professores:

MEMBROS DA BANCA	ASSINATURA
Prof. Dr. Éder Pascoal Pinto	
Prof. Dr. Lauro Carlos Miquelin	
Prof. Dr. Almeri Paulo Finger	

designada para a Banca do Exame de dissertação do mestrando **Jonas Orlando Domiciano**, ano de ingresso 1995, do Programa de Pós-Graduação em Educação, Nível de Mestrado, intitulada **O GERENCIAMENTO DOS RECURSOS MATERIAIS, FÍSICOS E FINANCEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**.

Prof. Dr. Éder Pascoal Pinto	Conceito <u>A</u>
Prof. Dr. Lauro Carlos Miquelin	Conceito <u>B</u>
Prof. Dr. Almeri Paulo Finger	Conceito <u>B</u>
	Conceito Final <u>B</u>

Observações: A Banca Examinadora recomenda
publicar o trabalho em forma de ma-
nuais, com acurácia de dados
operacionais.


Prof. Dr. Peri Mesquita
Coord. do Curso de Mestrado em Educação

SUMÁRIO.....	ii
---------------------	-----------

Lista de tabelas.....	iv
-----------------------	----

Lista de gráficos.....	vi
------------------------	----

RESUMO.....	vii
--------------------	------------

ABSTRACT.....	ix
----------------------	-----------

1- INTRODUÇÃO.....	01
---------------------------	-----------

Problemas Econômico-Financeiros em Hospitais Gerais e em Hospitais Universitários.....	01
--	----

Problema.....	05
---------------	----

Perguntas de Pesquisa.....	06
----------------------------	----

Objetivo de Pesquisa.....	06
---------------------------	----

Identificação da Instituição Pesquisada.....	07
--	----

Missão.....	08
-------------	----

Estrutura Organizacional.....	08
-------------------------------	----

Situação Financeira.....	09
--------------------------	----

Metodologia de Pesquisa e de Organização desta Dissertação.....	11
---	----

População e Seleção da Amostra.....	12
-------------------------------------	----

Coleta de Dados.....	13
----------------------	----

Formulários de Pesquisa.....	14
------------------------------	----

2- ALGUNS CONHECIMENTOS FUNDAMENTAIS SOBRE ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS....	16
--	-----------

Fontes de Receitas de um Hospital e Custos da Medicina.....	17
---	----

2.2-	Sistema de Controle.....	27
3-	CUSTOS EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS.....	36
3.1-	Custos das Inovações Tecnológicas em Hospitais Universitários.....	48
3.2-	Custos da Qualidade em Hospitais Universitários.....	59
4-	LEITURA E ANÁLISE DOS DADOS.....	67
4.1-	Leitura das respostas dadas pelos profissionais.....	67
4.2-	Leitura das respostas dadas pelos estudantes.....	73
4.3	Análise Sumária de Dados.....	77
5-	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
6-	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84

Anexo Único: Formulário de pesquisa

Lista de Tabelas

Tabela 1	Quadro de atendimentos em 1997.....	1 0
Tabela 2	Receitas Operacionais ano 1997.....	1 1
Tabela 3	Característica da população.....	1 3
Tabela 4	Estratos dos grupos profissionais.....	1 3
Tabela 5	Concordância dos profissionais sobre a administração de recursos.....	6 7
Tabela 6	Opinião dos respondentes sobre os benefícios da participação Dos profissionais na administração dos custos.....	6 8
Tabela 7	Satisfação quanto aos recursos disponíveis.....	6 8
Tabela 8	Recursos necessários, segundo os pesquisados.....	6 9
Tabela 9	Conhecimentos dos custos.....	7 0
Tabela 10	Principais motivos da falta de conhecimento da realidade de Custos.....	7 0
Tabela 11	Opinião sobre a colaboração para reduzir desperdícios.....	7 1
Tabela 12	Sugestões dos profissionais para evitar os desperdícios.....	7 2
Tabela 13	Orientação sobre a maneira correta de utilizar os recursos.....	7 3
Tabela 14	Orientação sobre o significado dos custos.....	7 4

Tabela 15 Opinião sobre interesse dos profissionais na transmissão de Conhecimentos.....	7 4
Tabela 16 Opinião sobre a preocupação com custos.....	7 5
Tabela 17 Colaboração para evitar-se desperdícios.....	7 6
Tabela 18 Sugestões dos estudantes para evitar os desperdícios.....	7 6

Lista de Gráficos

Figura 1	Despesas Operacionais ano 1997.....	2 6
Figura 2	Recursos Necessários, segundo os pesquisados.....	6 9
Figura 3	Motivo da falta de conhecimento dos custos.....	7 1
Figura 4	Sugestões dos profissionais para evitar os desperdícios.....	7 2
Figura 5	Interesse e motivação dos profissionais em transmitir conhecimentos.....	7 5
Figura 6	Sugestões dos estudantes para evitar desperdício.....	7 7

RESUMO

A proposta do presente trabalho é mostrar a importância dos conhecimentos sobre administração financeira para os estudantes e profissionais que atuam em um Hospital Universitário. Para tanto, realizamos uma pesquisa envolvendo 61 profissionais e estudantes das diversas áreas do Hospital Universitario Cajuru que responderam a um questionário contendo diversas questões abertas, aplicado por pesquisadores indicados.

O trabalho mostra que um Hospital Universitário precisa que os seus recursos sejam administrados de maneira correta , para evitar a falta de dinheiro para investimentos em equipamentos e profissionais qualificados.

Demonstra que o sistema de controle dos recursos tem um papel importante e somente através dele os administradores conseguem certificar-se que a instituição está atingindo seus objetivos.

Enfatiza que a boa administração financeira do hospital possibilita tirar proveito das oportunidades e estar preparado para as mudanças que a área de saúde está passando. É preciso administrar os recursos da instituição profissionalmente de forma racional.

Salienta que a colaboração e participação dos estudantes e profissionais é de suma importância para que a instituição consiga cumprir sua missão.

Demonstra que vários fatores exercem pressão sobre os custos hospitalares e que para conseguirem sobreviver os Hospitais Universitários precisam reduzir os seus custos , maximizar as receitas e evitar os desperdícios.

Shows that the investment in technology and quality needs to be planned, as well as bringing improvement to the services, they need to bring a financial return to the institution.

Emphasises that the quality of the future professionals in the area of health depends on the quality that we pass on to them, the students need to be treated as if they are clients of the institution.

Conclusion analysing the data presented in the institutional research applied to the students and professionals of the institution.

The main difficulties found by the professionals and students were:

- 1- The need for the professionalisation in the resource management.
- 2- The lack of knowledge about financial management.
- 3- The need of better instruction given to the professionals and students in the use of resources.
- 4- The lack of motivation of some professionals in teaching the students.

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMAS ECONÔMICO-FINANCEIROS EM HOSPITAIS GERAIS E EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

A grande maioria dos hospitais brasileiros estão, hoje, imersos num ambiente que exige profundas e rápidas mudanças, principalmente em função da globalização da economia e da concorrência nos mercados internos e externos. Para conseguirem sobreviver é necessário que os hospitais reduzam seus custos, maximizem as suas receitas e evitem os desperdícios.

Conforme CERRI (1997, p. 1), os hospitais têm, em sua absoluta maioria, direção administrativo-financeira ocupada por médicos que, regra geral, apesar de sua grande experiência prática, não têm preparo técnico para gerir uma empresa de tamanha complexidade administrativa, nem tempo suficiente para exercerem tal função, que requer dedicação exclusiva e tempo integral.

A justificativa para a manutenção desta situação é que faltam recursos financeiros. Segundo CERRI, o que falta, na realidade, é contabilizar os desperdícios da má gerência.

É grande o percentual de hospitais que são administrados de forma empírica. A chamada administração eficaz, acontece em poucas instituições. A administração utilizada na maioria das vezes está relacionada aos poucos recursos da instituição que não permite mão-de-obra qualificada.

Segundo MIRSHAWKA (1994, p. 64), "administradores hospitalares são escassos no Brasil e, em geral, os hospitais são mal administrados. Com exceção

das melhores instituições terciárias, os hospitais não usam dois instrumentos básicos: o sistema de informação e a contabilidade de custos”.

Os Hospitais Universitários enfrentam um dilema. De um lado os recursos são cada vez mais escassos; de outro, o número de pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é grande. A instituição precisa, cada vez mais, incentivar os seus profissionais e estudantes a trabalharem para ajudar o hospital a tentar reduzir os seus custos.

Em artigo publicado, Daniela FALCÃO declara a afirmação de Juarez CASTRO diretor do Hospital Universitário de Minas Gerais, que diz serem os custos nos Hospitais Universitários maiores pois, “as cirurgias são feitas por um médico e assistidas por pelo menos quatro alunos. Isso faz com que os gastos com luvas e roupas do centro cirúrgico sejam superiores aos dos hospitais tradicionais” (1997, p. 3-4).

Num Hospital Universitário os profissionais desenvolvem o papel de técnico e de educador. Por desconhecerem a situação financeira da instituição, acabam não repassando aos estudantes informações importantes para a sua formação profissional.

Os Hospitais Universitários estão sendo forçados a reduzir o atendimento dos pacientes do SUS, em função dos baixos valores pagos e demora no repasse dos recursos.

Para MIRSHAWKA (1994, p. 68), o grande erro é que o governo, como comprador de serviços, impõe o valor a ser pago pelos serviços médicos e hospitalares que recebe, mesmo sabendo que o valor é inferior aos custos. Trabalhos feitos pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) para determinar o

custo de uma diária hospitalar deram em nada, pois o valor encontrado era tão alto que inviabilizaria toda a Previdência Social no Brasil.

CERRI (1997, p. 1) diz que na maior parte do país as remunerações de diárias e taxas hospitalares são deficitárias, sendo compensadas, entre outras, pela comercialização de materiais e medicamentos, e não existe hospitais que cobrem taxas com embasamento técnico. Os custos dos serviços são desconhecidos. Seus preços são estabelecidos pelos próprios compradores.

O aumento do atendimento de pacientes de convênios privados tem sido a saída para melhorar a rentabilidade dos hospitais.

Os profissionais e alunos que ingressam em um Hospital Universitário, não são informados sobre o funcionamento da área administrativa; como são faturadas as contas; como é feito o repasse pelos convênios; como devem utilizar os recursos da instituição.

Os profissionais trabalham em setores, onde precisam tomar decisões que podem afetar a saúde financeira da instituição. Por não possuírem conhecimentos sobre administração financeira, a maioria das decisões são tomadas empiricamente.

Os estudantes não conhecem a realidade dos custos de um hospital. Muitos recursos são desperdiçados, pela falta de uma cobrança efetiva e de orientação adequada.

A falta de conhecimento por parte dos profissionais e de estudantes torna-se um problema para instituição, pois acabam por acontecer desperdícios que poderiam comprometer a saúde financeira do hospital. O mesmo vale para as decisões tomadas sem levar em consideração o custo benefício.

Segundo MOURA (1998) a mudança do paradigma para os serviços de saúde, no país e no exterior, tem levado a uma maior necessidade de informação para a tomada de decisão gerencial. Num mercado competitivo, a informação passa a ser vital, devendo ser utilizada como uma ferramenta de qualidade e produtividade.

O número de informações que circulam em um hospital é grande, pois desde a data de nascimento até o fio utilizado na cirurgia são informações necessárias para se poder efetuar o faturamento de uma conta hospitalar.

Torna-se imprescindível haver um perfeito controle do que foi gasto nos pacientes, a fim de que as contas sejam cobradas de maneira adequada e evitar-se desperdícios que consomem grande parte dos recursos da instituição.

É necessário treinar os profissionais antes mesmo que eles comecem a atuar no hospital, pois um número muito grande de materiais e medicamentos são desperdiçados pela falta de conhecimento, tanto do profissional, quanto do aluno.

O grande desafio dos profissionais que atuam em uma instituição hospitalar é conseguir oferecer um serviço com qualidade a um custo que o cliente esteja disposto e tenha condições de pagá-lo.

Uma instituição hospitalar conseguirá melhores resultados financeiros na medida em que as pessoas com cargos diretivos ou gerenciais tiverem conhecimentos da área financeira. Além de melhores resultados terá também condições de investir mais na qualidade dos seus recursos humanos.

Todos os profissionais que atuam em um hospital universitário deveriam ter noções de administração e finanças, assuntos que eles não aprendem na faculdade. Para conseguirem sobreviver e tornar as suas instituições viáveis

terão que adquirir esses conhecimentos, para com isso obter informações e tomarem as decisões de maneira correta.

1.2 PROBLEMA

No Hospital Universitário Cajuru tornou-se normal encontrar profissionais que utilizam os recursos físicos, financeiros e materiais de forma desordenada.

Em face da grande rotatividade de profissionais e estudantes que atuam em hospital universitário, a grande maioria não conhece a situação financeira da instituição, desconhece os custos e a forma como o hospital é remunerado pelos seus serviços prestados.

Um dos problemas sérios é a falta de vínculo do hospital com os médicos. Por causa disso a maioria dos profissionais não conhece os objetivos das instituições e nem participa das administrações.

Os profissionais que supervisionam os estudantes geralmente não recebem nenhuma remuneração pelo seu trabalho e, com isso, a tendência é a acomodação e a falta de repasse aos estudantes das informações necessárias para que eles utilizem de forma adequada os recursos da instituição. Instala-se assim um ciclo vicioso, em que os estudantes cometem erros pela falta de conhecimento.

O problema enfrentado pela instituição é o desconhecimento do grau de consciência de estagiários, de residentes e de profissionais das questões econômico-financeiras. A questão que se coloca é: como ampliar esta consciência visando tornar o Hospital Universitário Cajuru um centro de

excelência na administração de seus recursos e contribuir com suas atividades de ensino, de pesquisa e de extensão.

Sumarizando, o problema de pesquisa é o desconhecimento dos processos de gerenciamento de recursos materiais, físicos e financeiros de um Hospital Universitário por parte dos estudantes e profissionais e as consequências na formação dos alunos nos cursos da área da saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC PR).

1.3 PERGUNTAS DE PESQUISA

A fim de orientar o trabalho formulam-se as seguintes perguntas de pesquisa:

1. Os profissionais, médicos, estudantes e estagiários possuem conhecimentos suficientes sobre as questões econômico-financeiras? As suas ações contribuem para melhorar a qualidade dos serviços prestados a um custo mais baixo ?
2. Como a melhoria do conhecimento dos pesquisados pode contribuir com a gestão financeira e com o processo ensino-aprendizagem de um Hospital Universitário?

1.4 OBJETIVO DE PESQUISA

O objetivo geral do presente trabalho é, através de uma pesquisa de campo, saber o grau de consciência de estudantes e de profissionais de um Hospital Universitário quanto às questões econômico-financeiras e recomendar

ações que possam melhorar o gerenciamento dos recursos materiais, financeiros e físicos .

Os profissionais e estudantes que atuam em um Hospital Universitário precisam ser alertados sobre as mudanças que estão acontecendo na área da saúde.

A participação deles é fundamental para melhorar a qualidade do ensino na instituição pesquisada. A partir do momento que eles tiverem conhecimentos sobre a área financeira poderão participar ativamente da administração dos setores do hospital.

Tendo uma utilização racional dos seus recursos, o hospital terá condições de investir mais em equipamentos e em profissionais qualificados para melhorar o processo de ensino-aprendizagem e a qualidade dos atendimentos dos pacientes.

1.5 IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PESQUISADA

O Hospital Cajuru é uma instituição hospitalar de caráter universitário, de fins filantrópicos, de grande porte e geral, destacando-se pelo atendimento emergencial à população de Curitiba e região.

Pertence à Sociedade Paranaense de Cultura, mantenedora da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, desde 27 de dezembro de 1977, que o adquiriu da Rede Ferroviária Federal S/A.

1.5.1 Missão

De acordo com o Planejamento Estratégico do presente hospital, para o quadriênio de 1991/1994, a sua missão é

estar empenhado em prestar serviços na área da prevenção, preservação, e recuperação da saúde na área de Curitiba e sua abrangência, dentro dos melhores padrões éticos e técnicos. Estará empenhado em ser um hospital de ensino, dedicando-se ao desenvolvimento técnico e científico dos alunos de todas as áreas afins à saúde e dos profissionais que atuam na instituição (HOSPITAL CAJURU, 1991).

O Hospital Cajuru possui as seguintes metas arroladas no Planejamento Estratégico:

- Proporcionar atendimentos de emergência à comunidade;
- Colaborar na formação acadêmica como campo de estágio teórico-prático, no ciclo profissionalizante das áreas de saúde;
- Participar de programas de prevenção de acidentes na comunidade;
- Proporcionar meios para reabilitação física, psíquica e social dos pacientes;
- Difundir e incentivar a vivência cristã em consonância com a moral católica, garantindo aos pacientes a assistência religiosa devida (HOSPITAL CAJURU, 1991).

1.5.2 Estrutura Organizacional

A Sociedade Paranaense de Cultura é regida pelo seu estatuto (PUC, 1988), documento datado de 15/11/73, lavrado no 2º ofício de pessoas jurídicas, registro de títulos e documentos de Curitiba-PR. O estatuto define a Sociedade Paranaense de Cultura como uma associação civil de fins educacionais e filantrópicos, cuja finalidade primordial é instituir, dirigir e manter a Universidade Católica do Paraná.

O regulamento do Hospital Cajuru foi aprovado em reunião da Sociedade Paranaense de Cultura em 24 de fevereiro de 1981, entrando em vigor a partir

desta data. O documento define que o Hospital é mantido pela Sociedade Paranaense de Cultura. O presente documento encontra-se em processo de revisão.

A estrutura organizacional do Hospital Cajuru é definida em seu regulamento por um Conselho Diretor, que compreende: "Diretor Superintendente, Diretor Executivo, Divisão dos Serviços de Enfermagem e Divisão dos Serviços Administrativos" (HOSPITAL CAJURU, 1981). Os diretores são nomeados pela Mantenedora para um mandato de quatro anos.

A partir do ano de 1996 foi criado o cargo de Diretor de Ensino e Pesquisa.

Os cargos de Diretor Clínico e de Médico Chefe do Pronto Socorro são atualmente escolhidos pelo Diretor Superintendente e aprovados pela entidade mantenedora.

1.5.3 Situação Financeira

O Hospital Universitário Cajuru é uma Instituição que atende a um grande número de pacientes conveniados ao SUS. O percentual chega a 80%, sendo que 16% da sua clientela são pacientes de convênios privados e 4% são pacientes totalmente particulares.

TABELA 1- QUADRO DE ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO HOSPITAL
CAJURU EM 1997

FONTES DE RECEITAS	PERCENTUAL	NÚMERO PACIENTES
S U S	80%	115.876
CONVÊNIOS	16%	23.191
PARTICULARES	4%	6.198
TOTAL	100%	145.265

FONTE: Estatística mensal setor de Pronto Socorro.

Em função das tabelas do SUS estarem com os seus valores defasados, o Hospital enfrenta dificuldades. Isto se dá pelo grande volume de atendimentos que exige uma estrutura que corresponda à demanda da clientela.

A partir de 1994 o Hospital Universitário Cajuru tem procurado melhorar as suas instalações e a qualidade dos atendimentos. O objetivo é aumentar o número de atendimentos a pacientes de convênios privados e conseqüentemente melhorar o seu desempenho financeiro.

Hoje a dependência financeira do Hospital em relação ao SUS é de 68,4% da receita operacional. As receitas com convênios privados atingem o percentual de 23,4%, os pacientes particulares 4,3% e as subvenções e convênios da Secretaria Municipal e Estadual da Saúde chegam a 3,8%.

TABELA 2 - RECEITAS OPERACIONAIS ANO 1997

FONTES RECEITAS	PERCENTUAL
S U S	68,4
CONVÊNIOS	23,4
PARTICULARES	4,4
SUBVENÇÕES	3,8
TOTAL	100,0

FONTE: Orçamento anual do Fluxo de Caixa ano 1997 - Setor Financeiro.

Os dados apresentados no Orçamento Anual do Fluxo de Caixa do ano 1997, demonstram o aumento da participação dos convênios privados na receita operacional do Hospital. Em 1994 representava 9%, hoje representa 23,4% da receita operacional.

Outro dado relevante é a participação da Secretaria Municipal e Estadual da Saúde, através de subvenções e convênios, com um percentual de 3,8%. Em 1994 este percentual era de 1% da receita operacional.

Atualmente, como a margem de lucro é pequena, para conseguirem sobreviver, os hospitais devem reduzir os custos, através dos controles efetivos e da participação e criatividade dos seus profissionais.

1.6 METODOLOGIA DE PESQUISA E DE ORGANIZAÇÃO DESTA DISSERTAÇÃO

Nesta pesquisa foi utilizada a pesquisa de campo, tendo como unidade de análise os profissionais e estudantes da PUC-PR que atuam no Hospital Universitário Cajuru.

Foram analisados os dados grupalmente, no período de outubro a novembro de 1997. Não foram levadas em consideração as características individuais dos entrevistados.

1.6.1 População e Seleção da Amostra

Primeiramente procedeu-se à definição da amostra, a qual foi estratificada (MUCHIELLI, 1979, p. 33) por categorias homogêneas do ponto de vista profissional e um grupo formado por estudantes da PUC.

A população está estratificada em 4 (quatro) grupos:

- a) Grupo de profissionais médicos;
- b) Grupo de profissionais de enfermagem;
- c) Grupo de profissionais de nível superior;
- d) Grupo de estudantes da PUC.

A tabela 3 demonstra os percentuais adotados para as características de cada estrato.

TABELA 3 - CARACTERÍSTICA DA POPULAÇÃO

PERCENTUAL	CARACTERÍSTICA
100%	População pequena e heterogênea
50%	População pequena e homogênea
30%	População grande e bastante heterogênea
20%	População grande e relativamente heterogênea
10%	População grande e homogênea

Fonte: MUCHIELLI (1979, p. 33)

A amostra foi definida de acordo com os estratos de cada grupo profissional e grupo de estudantes, conforme a próxima tabela:

TABELA 4 - ESTRATOS DOS GRUPOS PROFISSIONAIS

GRUPOS	Nº POP.	%AMOST.	AMOSTRA.	OBSERVAÇÃO
Médicos	113	10%	11	Pop. Homogênea e grande.
Nível Superior	60	20%	12	Pop. Heterogênea e relativ. grande
Enfermagem	37	10%	4	Pop. Homogênea e grande
Estudantes PUC	171	20%	34	Pop. Heterogênea e relativ. grande
	381		61	

FONTE: Secretaria Acadêmica Hospital Universitário Cajuru.

Os totais de cada estrato foram coletados junto ao Centro de Educação Continuada e junto à Secretária Acadêmica do Hospital Universitário Cajuru.

1.6.2 Coleta de Dados

Nesta pesquisa foi empregado o método do questionário aplicado pelo pesquisador aos profissionais e estudantes da instituição. O índice de participação foi de 100% na resposta à pesquisa.

1.6.3 Formulários de Pesquisa

Foram aplicados dois questionários: um destinado aos profissionais, composto por 4 (quatro) questões abertas; e o outro com 5 (cinco) questões abertas destinado aos estudantes da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, que participaram de estágios na Hospital Universitário Cajuru.

As questões foram elaboradas conforme a natureza desta dissertação: *A administração financeira em um Hospital Universitário*.

a) Questionamentos aos profissionais:

As questões foram direcionadas no sentido de avaliar a participação dos profissionais na administração financeira e os seus conhecimentos sobre o tema. Outro ponto também investigado foi com respeito aos desperdícios. A tentativa foi de avaliar se os profissionais podem ajudar a instituição a reduzi-los.

b) Questionamentos aos estudantes:

Através do questionário buscou-se avaliar se os estudantes recebem orientações sobre a maneira correta de utilizar os recursos da instituição e se os profissionais demonstram motivação e empenho em ensinar os alunos. Foi pesquisado se os estudantes podem ajudar o Hospital a reduzir os desperdícios.

A presente dissertação foi escrita em três fases. Na primeira abordou-se o referencial teórico. Na Segunda, realizou-se uma pesquisa institucional com os profissionais e estudantes. Na terceira etapa fez-se algumas considerações finais ao tema.

A parte teórica inicia-se com a análise da importância dos conhecimentos sobre administração financeira para os profissionais e estudantes da instituição, a fim de que os mesmos administrem de forma racional os recursos disponíveis.

Abordou-se também sobre a importância do controle dos recursos para que a instituição certifique-se de que aquilo que foi planejado está sendo realizado. A seguir algumas considerações sobre as mudanças que estão acontecendo na área da saúde e a apuração dos custos como uma ferramenta que pode auxiliar os profissionais a tomarem as decisões do dia-a-dia. Foi feita uma análise da evolução da tecnologia e os aumentos de custos ocasionados pela utilização desordenada dos equipamentos. Finalmente os custos da qualidade em um Hospital Universitário.

2 ALGUNS CONHECIMENTOS FUNDAMENTAIS SOBRE ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

O mundo está passando por transformações importantes. A expressão “tempo é dinheiro” nunca foi tão bem empregada. As mudanças estão acontecendo muito rapidamente e as empresas estão enfrentando desafios enormes para poderem administrar os seus recursos.

Com a globalização, não existem mais barreiras, dificuldades como, fronteiras físicas, fusos horários, línguas e moedas diferentes, nada disso se torna empecilho para a comercialização de produtos e serviços.

Segundo BORIN (1996, p. 3), “o grande desafio para as empresas brasileiras é recuperar o tempo perdido, aumentando e melhorando a sua produtividade de uma forma geral, e o hospital não pode ser visto fora desse contexto”. A empresa hospitalar necessita que os seus recursos sejam administrados de maneira correta, para evitar a falta de dinheiro para investimentos em equipamentos e profissionais qualificados.

As modernas técnicas de administração financeira desenvolvidas na indústria são raramente aplicadas em hospitais. A administração eficaz dos recursos exige atenção constante para com os elementos que influenciam o sucesso ou fracasso do hospital.

O hospital é uma organização comercial, e o seu objetivo principal é fornecer o melhor atendimento com o menor custo ao paciente. Ao mesmo tempo necessita operar com suficiente eficiência para que as suas receitas consigam

superar as suas despesas e obter um resultado positivo que possa ser investido na instituição.

Devido a escassez de recursos financeiros, os Hospitais Universitários do país estão sendo forçados a reduzir os atendimentos aos pacientes do SUS e a fazer convênios com a iniciativa privada para não fecharem.

Segundo BEULKE e BERTÓ (1997, p. 13), “os valores de receita provenientes da prestação de serviços via SUS não permitem, na grande maioria dos casos, a obtenção de qualquer resultado por parte das instituições”.

O paciente particular, cuja receita normalmente apresenta um resultado positivo, é um segmento em gradativa extinção. Na grande maioria das instituições de saúde, hoje a representatividade do paciente particular é inexpressiva.

O grande segmento para onde se canalizam atualmente os maiores esforços são os pacientes que possuem convênios privados.

Sendo que a maioria dos procedimentos realizados nos hospitais que são pagos pelos convênios públicos ou privados têm um preço padronizado, é importante, para que se tenha boa lucratividade, que os custos sejam reduzidos e que se aumente o número de atendimentos de pacientes beneficiários de seguros privados que remuneram melhor os hospitais.

2.1 FONTES DE RECEITAS DE UM HOSPITAL E CUSTOS DA MEDICINA

Os hospitais que atendem pacientes conveniados do SUS recebem pelos seus serviços prestados através de procedimentos realizados. As contas dos pacientes internados são cobradas do SUS através de uma Autorização de

Internação Hospitalar (AIH) que é emitida pela secretária municipal de saúde dos municípios, onde consta o procedimento que poderá ser cobrado pelo hospital. A AIH é solicitada pelo médico que prestou o atendimento.

Os hospitais que são especializados em atendimentos de trauma passam por dificuldades financeiras em função da complexidade dos pacientes que são atendidos e dos longos períodos que muitos deles permanecem internados.

Os profissionais e acadêmicos desconhecem a maneira como o hospital é remunerado pelos seus serviços e com isso muitas vezes solicitam uma grande quantidade de exames como, tomografia, que tem um alto custo. No caso do SUS, são pagas somente duas tomografias por AIH, o que exceder esse número não é pago.

Os médicos recebem através da quantidade de pontos produzidos no mês. Cada procedimento realizado vale para o médico uma quantidade determinada de pontos. O valor do ponto é calculado baseando-se no valor total da fatura de serviços médicos que é dividida pela quantidade de pontos produzida por todos os médicos da instituição.

Os demais profissionais como: enfermeiras, assistentes sociais, fisioterapeutas, administradores, são remunerados através de um salário mensal, pago pelo hospital.

Os estagiários, na sua grande maioria, não recebem nenhum tipo de remuneração. Existe um grupo que recebe uma bolsa mensal com valor fixado pelo hospital.

Os Hospitais Universitários recebem um percentual a título de FIDEPS que pode variar de 25% a 75% sobre as suas receitas com pacientes do SUS

internados. Este percentual não incide sobre exames de sangue e materiais de prótese.

O FIDEPS foi criado para incentivar o ensino e pesquisa nos hospitais públicos e mais tarde foi repassado aos hospitais privados que fossem considerados universitários.

Os pacientes que são atendidos no pronto socorro e no ambulatório, o hospital efetua a cobrança do SUS e dos convênios privados através das fichas de atendimentos, em função do volume de atendimentos ser grande. Alguns profissionais acabam demorando para efetuar o preenchimento. Os estudantes não são informados da importância das fichas para efetuar as cobranças.

Os médicos, por sua vez, não demonstram interesse em fazer o preenchimento das fichas, principalmente as do SUS. É necessário que elas sejam preenchidas e faturadas, logo após o atendimento dos pacientes, para evitar que as mesmas sejam extraviadas.

A maioria dos profissionais médicos prefere atender os pacientes de convênios privados pois a remuneração, em média, por uma consulta em média é de R\$ 25,00, enquanto o SUS paga R\$ 2,04. Os médicos também recebem pelos procedimentos realizados só que o valor é pago baseado na tabela AMB ou LPM.

Os leitos hospitalares utilizados pelo SUS, têm que ser utilizados de maneira adequada, havendo sempre a integração entre o procedimento cobrado do SUS, com o número de dias de permanência do doente.

Um estudo realizado junto aos pacientes com procedimentos cardíacos, mostrou que muitos deles ficam de 10 a 15 dias internados e o hospital não recebe nenhum valor do SUS. Isso acontece pela falta de planejamento na utilização dos leitos. Se os internamentos fossem agendados previamente, o

hospital conseguiria ter uma melhor produtividade. É necessário que o leito hospitalar seja utilizado de forma racional com o paciente permanecendo somente o tempo necessário para a sua recuperação.

Os hospitais que tivessem uma melhor utilização dos leitos deveriam receber um percentual de produtividade, pois com isso conseguiriam atender a grande demanda reprimida de leitos hospitalares para pacientes do SUS existente no país.

Para melhorar a rotatividade dos pacientes de um hospital é necessário haver uma sintonia entre o setor de internamento, o centro cirúrgico e o corpo clínico, para evitar os atrasos e cancelamentos de cirurgias que contribuem para aumentar os custos hospitalares.

Segundo NASSIF (1998, p. 2-3), “somente agora aprofunda-se a municipalização da saúde e, com ela, o modelo de capitação - do município receber um valor per capita por habitante, substituindo o velho modelo de pagamento por serviços recebidos”. Com essa mudança, o novo sistema dará mais ênfase à prevenção, à qualidade de vida e em políticas sociais mais eficientes, que melhorem os indicadores de saúde e reduzam a necessidade de hospitalização.

Segundo artigo publicado no Jornal do Conselho Federal de Medicina (novembro 1997), a maior parte dos Hospitais Universitários enfrentam dificuldades financeiras, resultado da atual tabela de prestação de serviços que não cobre sequer as despesas de hotelaria dos pacientes. Por sua vez, a remuneração das cirurgias e atendimentos, pela tabela do SUS, não paga os insumos utilizados nos procedimentos.

O incentivo oferecido pelo Ministério da Saúde, através do FIDEPS é insuficiente e só incide sobre as AIHS.

Ainda segundo o mesmo autor os hospitais universitários estaduais paulistas, HC USP, HC UNICAMP, HC USP de Ribeirão e HC UNESP, que sempre tiveram dotação orçamentária definida e suficiente para cobrir os seus gastos, estão buscando alternativas de captação de recursos. Ganha força a solução polêmica de destinar uma fatia cada vez maior para atendimentos a convênios, planos de saúde e particulares. Para os críticos, cria-se desta forma dois agendamentos e duas resolubilidades, o que representa uma fratura exposta no princípio de equidade do SUS. E a tendência é o crescimento da fila dupla.

No Instituto do Coração de São Paulo (INCOR), o atendimento ao setor privado já chega a 30%.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, presidido por 12 anos pelo ex-ministro da saúde, Carlos Albuquerque, internou 21.977 pessoas, sendo 7,3% no esquema particular.

Os serviços prestados aos pacientes beneficiários de convênios privados são pagos aos hospitais de acordo com a tabela de cada convênio. A vantagem para os hospitais é que as tabelas apresentam valores mais condizentes com os custos hospitalares.

Num país como o Brasil onde existe cada vez mais uma redução no número de instituições que atendem o SUS, as empresas como a Volvo, a Inepar, a Incepa, e outras, estão funcionando como financiadoras do tratamento médico dos seus funcionários. Com isso o grau de exigências tende a aumentar e os hospitais precisam estar preparados para enfrentar a concorrência e oferecer um serviço mais qualificado.

hospital conseguiria ter uma melhor produtividade. É necessário que o leito hospitalar seja utilizado de forma racional com o paciente permanecendo somente o tempo necessário para a sua recuperação.

Os hospitais que tivessem uma melhor utilização dos leitos deveriam receber um percentual de produtividade, pois com isso conseguiriam atender a grande demanda reprimida de leitos hospitalares para pacientes do SUS existente no país.

Para melhorar a rotatividade dos pacientes de um hospital é necessário haver uma sintonia entre o setor de internamento, o centro cirúrgico e o corpo clínico, para evitar os atrasos e cancelamentos de cirurgias que contribuem para aumentar os custos hospitalares.

Segundo NASSIF (1998, p. 2-3), "somente agora aprofunda-se a municipalização da saúde e, com ela, o modelo de capitação - do município receber um valor per capita por habitante, substituindo o velho modelo de pagamento por serviços recebidos". Com essa mudança, o novo sistema dará mais ênfase à prevenção, à qualidade de vida e em políticas sociais mais eficientes, que melhorem os indicadores de saúde e reduzam a necessidade de hospitalização.

Segundo artigo publicado no Jornal do Conselho Federal de Medicina (novembro 1997), a maior parte dos Hospitais Universitários enfrentam dificuldades financeiras, resultado da atual tabela de prestação de serviços que não cobre sequer as despesas de hotelaria dos pacientes. Por sua vez, a remuneração das cirurgias e atendimentos, pela tabela do SUS, não paga os insumos utilizados nos procedimentos.

O incentivo oferecido pelo Ministério da Saúde, através do FIDEPS é insuficiente e só incide sobre as AIHS.

Ainda segundo o mesmo autor os hospitais universitários estaduais paulistas, HC USP, HC UNICAMP, HC USP de Ribeirão e HC UNESP, que sempre tiveram dotação orçamentária definida e suficiente para cobrir os seus gastos, estão buscando alternativas de captação de recursos. Ganha força a solução polêmica de destinar uma fatia cada vez maior para atendimentos a convênios, planos de saúde e particulares. Para os críticos, cria-se desta forma dois agendamentos e duas resolubilidades, o que representa uma fratura exposta no princípio de equidade do SUS. E a tendência é o crescimento da fila dupla.

No Instituto do Coração de São Paulo (INCOR), o atendimento ao setor privado já chega a 30%.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, presidido por 12 anos pelo ex-ministro da saúde, Carlos Albuquerque, internou 21.977 pessoas, sendo 7,3% no esquema particular.

Os serviços prestados aos pacientes beneficiários de convênios privados são pagos aos hospitais de acordo com a tabela de cada convênio. A vantagem para os hospitais é que as tabelas apresentam valores mais condizentes com os custos hospitalares.

Num país como o Brasil onde existe cada vez mais uma redução no número de instituições que atendem o SUS, as empresas como a Volvo, a Inepar, a Incepa, e outras, estão funcionando como financiadoras do tratamento médico dos seus funcionários. Com isso o grau de exigências tende a aumentar e os hospitais precisam estar preparados para enfrentar a concorrência e oferecer um serviço mais qualificado.

Os custos dos planos de saúde têm subido mais que a inflação. Conforme o IPC medido pela Fipe que calcula a inflação em São Paulo, desde julho de 1994, quando foi criado o real, os gastos com convênios médicos acumulam alta de 127,26% e neste mesmo período o custo de vida subiu 67,13%.

Conforme TREVISANI (1997, p. c-1), as empresas que compram planos de saúde não querem aumentar seus gastos com esse benefício, que chegam a 7,93% da folha de pagamento nominal (apenas os salários fixos), segundo pesquisa da *Deloitte Touche Tohmatsu*.

Os representantes das empresas e planos de saúde, namoram o sistema adotado nos Estados Unidos, o *Managed Care*, criado exatamente para reduzir os custos do sistema. Uma das novidades é o chamado "*co-payment*", pelo qual os beneficiários dos planos pagam um pouco em cada consulta que fazem.

O *Managed Care* nasceu nos Estados Unidos nos anos 20, foi reatualizado a partir de 70 e expandiu-se de forma impressionante nos anos 80. Essa forma de gerenciamento foi institucionalizada pelo governo norte-americano como tentativa de conter a escalada inflacionária nos serviços hospitalares.

Segundo TREVISANI (1997, c-1) nos últimos anos tem sido ampliada no setor a idéia de que, no Brasil, o usuário desperdiça dinheiro de seu empregador ou do plano de saúde.

A *Robert Bosch Freios Ltda*, de Campinas (SP), conseguiu reduzir em 50% os seus custos com planos de saúde, a partir de janeiro de 1997. A empresa filiou-se à Cooperativa dos Usuários do Sistema de Saúde de Campinas e Região (Coopus) e passou a fazer parte de um plano cooperativo de autogestão coletiva.

A *Philips*, que tem um plano de autogestão para os funcionários da Grande São Paulo e terceirizado para os demais, há dois meses vem revendo sua estrutura para manter os custos na média de mercado.

A influência da globalização - elemento fundamental na corrida pela competitividade - só agora começa a ser sentida. Hospitais e clínicas internacionais ainda não chegaram por aqui. Mas nada impede que um usuário pegue um avião para se tratar no outro lado do mundo.

Antônio Jorge KROPF, diretor técnico da Amil, afirma que "a medicina deixou de ter fronteiras, devido aos seus altos investimentos necessários à especialização, a tendência é que se criem centros de referências mundiais abertos a qualquer paciente" (KROPF citado por VASSALO, 1997, p. 92). As maiores transformações no sistema privado de saúde do país podem acontecer com as companhias de seguro internacionais que estão se instalando no Brasil por meio de associações com empresas locais.

Foram essas companhias as responsáveis, nos Estados Unidos, pelo *Managed Care*. O atendimento médico gerenciado fez com que os riscos financeiros, antes assumidos pelos pacientes de planos privados e pelo governo, passassem a ser divididos com os hospitais e médicos.

Segundo ROCHA (1997, p. 8) as adequações brasileiras à globalização da saúde, visando à implementação do *Managed Care*, estão sendo desenvolvidas através de associações entre as seguradoras internacionais e as companhias de assistência médica, entre elas as gigantes do setor como *Aetna*, *Liberty*, *Allianz* e *Hartford*. Estas corporações procuram implementar o conceito de atendimento gerenciado, incentivando a competitividade, que pode ser percebida a partir de algumas premissas:

O pagamento aos médicos e hospitais é feito mediante a adequação às regras pré-estabelecidas pelo plano de saúde, tais como a necessidade de comprovação de determinados exames, da definição de situações para uso de material hospitalar e de evitar ou diminuir o tempo de internação, entre outros.

O atendimento e acompanhamento inicial do paciente são feitos por clínicos gerais, que têm a função de fazer a triagem e o encaminhamento, se necessário, ao especialista.

Não há dúvida que o conceito *Managed Care* irá desencadear algumas mudanças no sistema de saúde. Já se nota uma movimentação em torno da formação generalista.

Há, também, uma crescente formação gerencial entre médicos, que ocupam postos fundamentais no escalão empresarial da saúde.

A racionalização nos gastos hospitalares, especialmente com internação, de acordo com os defensores do *Managed Care*, é a principal preocupação das empresas de assistência médica e das seguradoras de saúde. A constatação de falta de controle no uso de materiais, equipamentos e medicamentos, tornam as contas astronômicas.

No Brasil, as empresas de assistência médica, como *Amil* e *Golden Cross*, já oferecem produtos com base no *Managed Care* e têm atraído consumidores, principalmente pelo preço dos planos.

A pressão para as mudanças nos hospitais vem do mercado, das empresas e consumidores que desejam avidamente limitar os seus gastos com saúde.

Atualmente, segundo citação feita por TREVISANI (1997, p. c-1) há no país cerca de 41 milhões de associados a planos e convênios. Desde 1992 este

número está praticamente estagnado. Para o presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), Arlindo de ALMEIDA, é necessário haver um processo de parceria entre os hospitais e convênios para trazer benefícios aos pacientes.

O Dieese, afirma que entre julho de 1996 e agosto de 1997, os preços da saúde subiram em média 27,58%, impulsionados principalmente pelos seguros e convênios que tiveram um aumento de 41,26%, e pelos medicamentos e produtos farmacêuticos com 23,94%. As diárias hospitalares por sua vez subiram 9,49%, um percentual bastante próximo da inflação do período, de 8,93% (TREVISANI, 1997, p. c-1).

O que os convênios querem dos hospitais é que eles criem pacotes e não mais cobrem por diária ou patologia.

É necessário haver a conscientização dos médicos e pacientes sobre os custos da assistência médica, a padronização das consultas centradas em análise de custo-efetividade e de qualidade cientificamente comprovada.

O setor de faturamento tem um papel importante para melhorar as receitas hospitalares e evitar as glosas das contas, pois o desempenho do hospital também depende da seriedade e agilidade demonstrada pelos profissionais que atuam neste setor.

O faturamento das contas hospitalares deve ser realizado enquanto o paciente permanece internado, pois é a única maneira de se conseguir faturar a conta corretamente.

Conforme BITTAR (1997, p. 71) pode-se afirmar que a área de gestão de pessoas é a mais importante dentre as áreas que compõem a estrutura

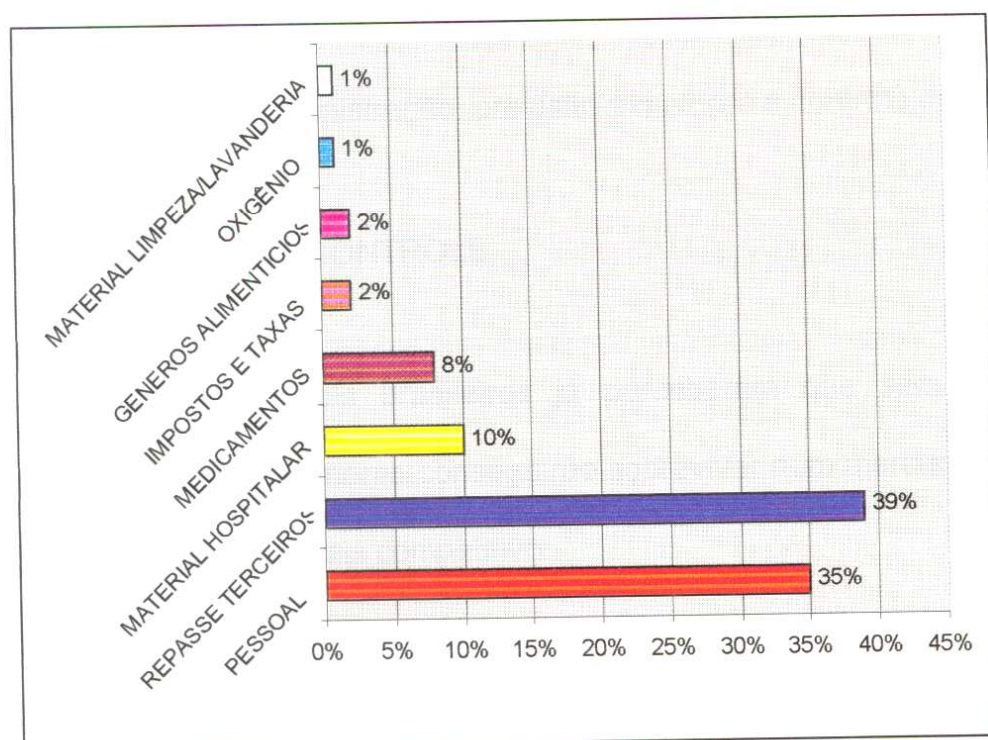
organizacional, não só de um hospital, mas também de qualquer outro tipo de instituição, principalmente de prestação de serviços.

Outro dado citado por BITTAR, refere-se ao volume de recursos financeiros, despendidos do orçamento anual dos hospitais, com funcionários. Este percentual gira em torno de 55% das despesas, computando-se salário, encargos e benefícios.

Os hospitais privados não lucrativos despendem um percentual menor. O Hospital Universitário Cajuru, segundo dados do orçamento do fluxo de caixa do ano 1997, o percentual investido em pessoal é de 36% das despesas.

Os hospitais universitários públicos recebem uma ajuda do governo federal para pagar as despesas com funcionários.

FIGURA 1 - DESPESAS OPERACIONAIS ANO 1997



Fonte- Orçamento Fluxo de Caixa Hospital Universitario Cajuru ano 1997

Os materiais e medicamentos são dois itens de difícil controle pois são manuseados por estudantes de enfermagem, medicina, fisioterapia e muitas

vezes não recebem orientação para utilizá-los de forma correta, ocasionando o desperdício.

O estoque representa um grande investimento para as organizações e quando é mal administrado pode gerar dificuldades e prejuízos de ordem financeira e moral.

Os hospitais enfrentam um verdadeiro dilema para administrar eficazmente os seus estoques, pois se o estoque é muito grande, há prejuízos. Se não for suficiente, a instituição não funciona.

A padronização dos materiais e medicamentos elimina a grande quantidade de itens do estoque e facilita o controle do que é necessário para o bom funcionamento, sem colocar em risco a saúde do paciente.

Conforme BITTAR (1997, p. 51) a padronização proporciona resultados compensadores, quer de caráter econômico, quer técnico, como também facilita as operações de administração, previsão e melhora o controle dos estoques.

2.2 O SISTEMA DE CONTROLE

Alguns hospitais brasileiros já perceberam que sem um sistema de controle eficaz, dificilmente conseguirão sobreviver num mercado que a cada dia que passa se torna mais competitivo.

Em função da diversidade de profissionais e estudantes que atuam nos hospitais universitários o controle tem um papel especial pois somente através dele os administradores conseguem certificar-se que a instituição está atingindo seus objetivos.

O controle está presente, em maior ou menor grau, em quase todas as formas de ação empresarial. Os administradores passam boa parte de seu tempo observando, revendo e avaliando o desempenho de pessoas, de métodos e processos.

Segundo SPIRO (1991, p. 5), para que o controle permaneça eficaz ele deve ser visto como um instrumento e não como um fim em si mesmo, se for rígido demais e perder seus objetivos de vista, provocará contramedidas e subterfúgios que destruirão sua eficácia.

O controle é a função administrativa que dá suporte às funções de planejar, organizar e liderar. Há uma imagem popular em que a palavra controle está associada a algum aspecto negativo, principalmente quando nas organizações as pessoas não são envolvidas no processo e nem se sentem responsáveis no processo de controlar.

Em virtude da cultura dos profissionais que atuam no hospital, o controle muitas vezes é interpretado no sentido de restrição, manipulação e inibição.

Conforme SPIRO (1991, p. 5) através do processo de controle se consegue avaliar os resultados atingidos e verificar se estão de acordo com o que foi planejado. Nenhum plano está completo e acabado até que se tenha elaborado os meios para avaliar seus resultados.

Na área hospitalar ele pode ser definido como uma questão de sobrevivência, sem a sua utilização é difícil administrar os recursos da instituição adequadamente.

Uma experiência realizada no Hospital Universitário Cajuru foi a contratação de uma enfermeira para realizar auditoria nas contas de convênios

privados. Ela analisa as despesas hospitalares. Os honorários médicos, por sua vez, são analisados por um auditor médico.

Com a contratação dessa profissional, o hospital conseguiu melhorar a qualidade no faturamento das contas e os funcionários têm mais segurança para faturar as contas de maneira adequada.

A falta de acompanhamento e supervisão dos residentes e estagiários do Hospital Universitário Cajuru tem gerado problemas para o setor de conferência, pois muitos prontuários são extraviados e como é o documento que consta todos os procedimentos aos quais o paciente foi submetido, sem ele não é possível efetuar a cobrança da conta.

O prontuário é o documento que consta todos os procedimentos e todos os recursos utilizados na recuperação do paciente. Ao ser extraviado pode gerar prejuízos incalculáveis ao hospital e aos seus profissionais, pois num processo judicial dificilmente, sem o prontuário médico, o hospital conseguirá apresentar sua defesa.

Na área da pesquisa o prontuário também tem uma importância muito grande, pois é nele que consta a maioria dos dados necessários para os estudantes efetuarem os seus trabalhos acadêmicos.

Segundo MISHAWKA (1994, p. 65), em virtude da sua importância, um prontuário pode ser considerado um cheque nominal através do qual o hospital recebe pelos seus serviços prestados.

Para SPIRO,

As finanças exercem impacto em todos os segmentos da atividade organizacional, através das finanças é possível a aquisição de fundos, a alocação de recursos e o acompanhamento do desempenho da empresa.

A compreensão das atividades que abrangem a função financeira tornou-se necessária para o cumprimento satisfatório de responsabilidades na maioria dos ambientes organizacionais (1991, p. 4).

Os controles financeiros têm uma importância especial, porque o dinheiro é um dos insumos e produtos mais notáveis e facilmente mensuráveis na maioria das organizações e se forem mal administrados podem levar uma instituição à falência.

Segundo GITMAN (1994, p. 9), as funções do administrador financeiro podem ser avaliadas em relação às demonstrações financeiras básicas da empresa. São três as funções primordiais:

- a) Análise e planejamento financeiro. Esta função envolve a transformação dos dados financeiros em uma forma que possa ser usada para orientar a posição financeira da empresa.
- b) A administração da estrutura de ativo da empresa. O administrador financeiro determina a composição e os tipos de ativos encontrados no balanço das empresas. A composição refere-se ao valor em dinheiro dos ativos circulantes e fixos.
- c) A administração da sua estrutura financeira. Duas decisões importantes precisam ser feitas a respeito da estrutura financeira da empresa. Em primeiro lugar, a composição mais adequada de financiamento a curto e longo prazo precisa ser determinada. Um segundo problema igualmente importante é saber quais as melhores fontes de financiamento a curto ou longo prazo para a empresa, num dado momento.

Em função da complexidade de um hospital, todos os profissionais devem ter conhecimentos sobre administração financeira, pois sem a participação e ajuda de todos nenhuma instituição consegue atingir os seus objetivos .

MATARAZZO (1995) afirma que o controle financeiro é realizado através de demonstrativos financeiros, que fornecem uma fotografia instantânea da liquidez, da condição financeira geral e da lucratividade de uma organização. Mas para que se possa ter uma fotografia real da empresa é necessário ser efetuada uma análise correta dos demonstrativos, pois eles fornecem uma série de dados sobre a empresa e esses dados são transformados em informações.

Segundo GITMAN (1994, p. 215) os principais demonstrativos utilizados para realizar uma análise são, o balanço, o demonstrativo de resultados, o fluxo de caixa e o demonstrativo dos custos.

O balanço patrimonial é a descrição da organização em termos de seus ativos - direitos e bens - seus passivos - obrigações - e do seu patrimônio líquido.

A demonstração de resultados do exercício é uma demonstração dos aumentos e reduções causados no patrimônio líquido pelas operações da empresa. Todas as receitas e despesas, se acham compreendidas na demonstração do resultado, segundo uma forma de apresentação que as ordena de acordo com a sua natureza, fornecendo informações significativas sobre a empresa e demonstrando se a empresa teve lucro ou prejuízo.

Segundo SPIRO (1991, p. 5), o fluxo de caixa apesar de ser uma das demonstrações financeiras mais úteis, não é divulgado pelas empresas. Quase sempre os problemas de insolvência ou liquidez ocorrem por falta de adequada administração do fluxo de caixa. Ele mostra o confronto entre as entradas e saídas e conseqüentemente se haverá sobras ou faltas de caixa. Permite à

administração decidir com antecedência se a empresa deve tomar recursos ou terá disponibilidades para aplicá-los.

O demonstrativo de custos é um instrumento que apresenta os centros de custos da instituição e os respectivos resultados, informando os centros deficitários e os superavitários.

O mapa de custos é um demonstrativo muito utilizado na negociação das tabelas dos convênios firmados com hospital, pois através dele consegue-se mostrar com transparência os custos do hospital.

Os estudantes deveriam ser informados mensalmente dos resultados da instituição e o desempenho dos setores onde eles atuam. Eles são responsáveis por uma boa parcela dos custos hospitalares.

Para se conseguir ter a situação financeira e econômica da instituição é necessário analisar os demonstrativos financeiros e extrair deles os índices necessários para visualizar o desempenho do hospital.

Segundo BITTAR,

os dados a respeito de receitas, despesas, custos e investimentos na área de saúde são na grande maioria das vezes indisponíveis. Os administradores hospitalares devem ter informações financeiras a toda hora, válidas e interpretáveis, que permitam a eles tomar decisões operacionais em resposta às ameaças de mudança no ambiente dos cuidados de saúde (1997, p. 98).

A utilização de índices agregados reflete as dimensões da performance hospitalar e melhoram a capacidade de tomada de decisão.

Para GITMAN (1994, p. 251), os índices podem ser divididos em quatro grupos básicos: índices de liquidez, atividade, endividamento e lucratividade.

A liquidez é a capacidade do hospital em honrar os suas obrigações no vencimento. As três medidas básicas de liquidez são:

a) Capital circulante líquido;

Fórmula = Ativo circulante menos o passivo circulante.

b) Índice de liquidez corrente;

Fórmula = Ativo circulante dividido pelo passivo circulante.

c) Índice de liquidez seco;

Fórmula = Ativo circulante menos o estoque, dividido pelo passivo circulante.

Os índices de atividade são usados para medir a velocidade com que as contas são convertidas em contas a receber ou dinheiro em caixa.

a) Giro de estoques;

Fórmula = custo dos serviços prestados dividido pelo saldo dos estoques.

b) Período médio de cobrança

Fórmula = duplicatas a receber divididas pelas vendas realizadas.

c) Período médio de pagamento;

Fórmula = saldo de duplicatas a pagar dividido pelo saldo de compras.

Os índices de endividamento medem tanto o grau de endividamento, quanto a capacidade do hospital honrar suas dívidas.

Os índices de lucratividade demonstram o retorno que teve o capital que foi aplicado na instituição.

Mas de acordo com GITMAN (1994, p. 251), para que o controle financeiro seja eficaz é necessário haver por parte do administrador hospitalar um planejamento financeiro, e o instrumento mais utilizado é o Orçamento Empresarial, que é um demonstrativo quantitativo formal dos recursos alocados para uma determinada atividade em um dado período. Ele é bastante utilizado

por ser expresso em termos monetários, por facilitar a comparação entre atividades diferentes, estabelecer padrões claros.

A interação exigida por sua criação ajuda a coordenar as atividades dentro da organização, os orçamentos são elaborados para centros de responsabilidades que são os centros de receitas, despesas, de lucros e de investimentos.

Algumas organizações utilizam os orçamentos de cima para baixo, feitos pela administração de topo, mas a maioria usa os orçamentos de baixo para cima, onde os administradores de nível mais baixo, criam os orçamentos e entregam aos administradores de nível mais alto para aprovação dentro de um organograma específico.

Com os orçamentos de baixo para cima, o hospital consegue desenvolver nas pessoas envolvidas no processo, o espírito de equipe e elas sentem-se mais comprometidas.

Conforme GITMAN (1994, p. 251), os orçamentos dividem-se em operacionais e financeiros. Os operacionais indicam os bens e os serviços que a organização espera consumir no período orçamentário.

Os orçamentos financeiros são as estimativas dos futuros recebimentos e desembolsos de dinheiro de um hospital, eles integram o planejamento financeiro ao operacional e seus objetivos principais são:

- a) Verificar a viabilidade dos orçamentos operacionais;
- b) Indicar as medidas financeiras necessárias à execução dos orçamentos operacionais;
- c) Indicar como os planos operacionais afetarão as ações financeiras futuras.

Na maioria dos orçamentos os gastos do período anterior são usados como ponto de partida para calcular o orçamento do ano seguinte. No Brasil, a partir do plano real se tornou mais fácil administrar o orçamento hospitalar em virtude da estabilidade da moeda.

O controle, apesar de ser considerado por muitos uma tarefa não agradável, é um mal necessário para todas as organizações e deve ser considerado pelo administrador como uma função vital, pois é através do controle que se consegue medir o grau de competência dos profissionais e a saúde financeira da organização.

A boa administração financeira do Hospital possibilita tirar proveito das oportunidades e estar preparado para as mudanças que a área de saúde está passando. É preciso administrar os recursos da instituição profissionalmente, evitando os desperdícios.

A colaboração e a participação de todos os profissionais que prestam serviços no hospital é de suma importância para que a instituição consiga cumprir a sua missão, que é promover a saúde nas áreas de assistência, de ensino e pesquisa, norteado sempre por princípios éticos, humanitários e cristãos .

3 CUSTOS EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

Os Hospitais Universitários enfrentam dificuldades na apuração de seus custos, em virtude da grande quantidade de profissionais envolvidos no processo de aprendizagem e no atendimento dos seus clientes.

Segundo BEULKE BERTÓ (1997, p. 14), a quase totalidade das instituições de saúde no país desconhece a sua estrutura de custos para estabelecer os preços de seus serviços.

Conforme BORIN (1996, p. 3), "o sistema de custos hospitalares deve ser compreendido como um poderoso sistema de informações contábeis e principalmente gerenciais para avaliarmos o desempenho, produtividade e qualidade, analisando-se assim, a pertinência dos custos hospitalares de todos os serviços oferecidos à comunidade".

Os hospitais constituem não um empreendimento único, mas sim, um conjunto complexo de empreendimentos, como por exemplo, a lavanderia, a costura, a hotelaria (internação), o restaurante (nutrição), o centro cirúrgico, etc. Do ponto de vista empresarial constituem na realidade unidades de negócio próprias e autônomas. O cálculo dos custos, em face a essas características, torna-se particularmente complexo.

Os estudantes utilizam os recursos como, materiais, medicamentos, roupas, equipamentos, no processo de aprendizagem e, como não possuem experiência, acabam utilizando uma quantidade maior de recursos.

Segundo o Dr. Dario BIROLINI, Professor Titular de Cirurgia Geral e do Trauma, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo,

é comum que o futuro médico seja educado a solicitar exames totalmente inócuos e a praticar uma medicina que pouco tem a ver com a realidade, outro problema é o uso insensato de medicamentos, não raramente sem respaldo na literatura, quando não fruto de desinformação intencional. A própria utilização das instalações hospitalares disponíveis é muitas vezes descabida e irresponsável. Exemplo típico é o uso dos leitos da UTI, para o pós operatório de intervenções rotineiras ou manutenção de doentes terminais ou crônicos. Na UTI, não raramente, o doente passa a ser vítima de medidas diagnósticas totalmente desnecessárias e de medidas terapêuticas que absorvem recursos astronômicos e conseguem, apenas, aumentar sofrimentos, custos e iatrogenias (1998, p. 24).

Existem várias explicações. O autor propõe uma, simples e candidamente romântica. Na maioria das vezes, o médico age de boa fé. Aprendeu assim; acredita que a boa prática médica implica em não controlar custos, pois a vida humana tem um valor imensurável. Em momento algum da sua formação, alguém discutiu com ele aspectos da economia da saúde e nem abordou a ética do uso de recursos limitados.

As mudanças que estão acontecendo na área de saúde, exigem cada vez mais das instituições de ensino profissionais preparados e com condições de preparar os alunos para utilizarem os recursos de forma racional.

Os profissionais que trabalham no hospital não são treinados a tomarem suas decisões baseados nos custos. Executam os seus serviços e na maioria das vezes não são cobrados pelos resultados.

A gestão hospitalar, dada a gama variada de tratamentos que oferece ao paciente, apresenta grande dificuldade de aferir o custo de cada atividade. A maioria dos Hospitais Universitários faz a apuração de custos por departamentos. São poucos os hospitais que conseguem apresentar os custos por procedimentos ou atividades.

Segundo VILARDAGA (1997, p. c-1), no lugar de luxo e tratamento cinco estrelas, a nova onda do setor da saúde é a diminuição do tempo de internação

dos pacientes. Esse movimento está sendo impulsionado pelos convênios e seguros-saúde que reembolsam os hospitais e querem pagar cada vez menos.

A reação dos hospitais aparece no aumento da rotatividade e na redução de custos, garantidas, em parte, pela adoção de novas tecnologias.

Nessa mudança, os hospitais bem administrados, estão tendo oportunidade de se tornarem mais rentáveis. O Hospital e Maternidade São Luiz, um dos grandes hospitais de São Paulo, com faturamento de U\$ 10 milhões por mês, conseguiu elevar suas margens de lucro de 3% para 5%.

VILADARGA (1997, p. c-1), diz que “a internação tem que limitar-se ao necessário e os pacientes se recuperam melhor nas suas casas, perto de suas famílias”.

Os custos de uma internação, são divididos em partes mais ou menos iguais entre a hotelaria, os honorários médicos, os serviços de diagnóstico, e os materiais e medicamentos. Tudo caminha no setor hospitalar para o hospital-dia ou para o atendimento domiciliar.

A Sul América Atena Seguros e Previdência, do setor de convênios, desenvolve há cerca de um ano, um programa com cem de seus clientes, doentes crônicos e pacientes com seqüelas pós-operatórias, de atendimento domiciliar. É montado um mini-hospital na casa do paciente e na medida em que ele melhora os equipamentos vão sendo retirados.

Com a globalização e alta competitividade, os hospitais estão sendo forçados a diminuir as suas margens de lucro para conseguirem sobreviver no mercado. Com isso a busca pela redução de custo, torna-se vital para atingir os objetivos da instituição.

Ao contrário do que acontece nos Estados Unidos e em vários países da Europa, na maior parte dos hospitais privados brasileiros os médicos não são funcionários e atuam como profissionais liberais. Utilizam da estrutura do hospital e não prestam contas de seus resultados.

Segundo Ricardo L. ROSSI (1996) “os estudantes de medicina devem ser apresentados aos novos fatores econômicos da assistência à saúde desde o início nos anos pré-clínicos para que possam adquirir uma compreensão fundamental da base lógica para o custo-eficácia”. Os estudantes precisam sentirem-se muito mais como futuros membros da organização da assistência à saúde do que como profissionais independentes do passado.

O termo “custo-eficácia” é usado com muitos significados diferentes em medicina. Uma estratégia que é menos dispendiosa e que não implica aumento na morbidez e na mortalidade é compreendida facilmente como custo-eficaz.

Uma estratégia que é mais dispendiosa é mais eficaz, com benefícios adicionais justificando o custo adicional, implica uma escolha entre a saúde dos pacientes e o custo monetário. A tomada de decisões médicas com base nestas escolhas pode ser difícil e gera problemas éticos.

A cultura existente no hospital não é favorável ao controle e a redução de custos. Os médicos e os profissionais acham que o seu tempo é muito precioso, para que tenham que se preocupar com isso.

MIRSHAWKA (1994, p. 36) afirma que há fatores, que devido as características dos hospitais exercem uma forte pressão sobre os custos das instituições.

1- A tecnologia - necessidade de investir em equipamentos de ponta.

Os equipamentos de ponta que são importados, acabam custando caro para a realidade dos Hospitais Universitários que têm como principal pagador o governo. O custo de manutenção destes equipamentos é muito caro e num hospital como o Hospital Universitário Cajuru, onde eles são utilizados 24 horas, o seu desgaste é maior. Existe a necessidade de mão de obra qualificada para operar tais equipamentos.

2- A concorrência de outros hospitais.

No Brasil, nos últimos anos, tem aumentado o número de pessoas que se tornaram beneficiárias de convênios de saúde privados. Com isso a maioria dos hospitais está lutando para atrair cada vez mais esta clientela e aumentando a competitividade por tais pacientes. O Hospital Universitário Cajuru passa por uma transformação e gradativamente está mudando o perfil da sua clientela. Através de um trabalho desenvolvido nos últimos anos, conseguiu-se aumentar o número de pacientes de convênios privados que procuram a instituição. O objetivo é maximizar as receitas e diminuir os custos, procurando sempre melhorar a qualidade dos serviços prestados e a formação dos alunos que fazem parte da instituição.

3- A necessidade de atender a clientela com qualidade.

Na verdade o aumento de custos por causa da qualidade, é um investimento que os hospitais estão fazendo para poderem sobreviver e melhorar a sua performance.

Para melhorar a qualidade nas instituições prestadoras de serviços é preciso investir nos funcionários. Através de treinamentos de

capacitação profissional um hospital conseguirá oferecer um serviço diferenciado em relação à concorrência.

4- O custo da aprendizagem.

Os Hospitais Universitários apresentam custos superiores aos hospitais gerais, pois além de se preocuparem com a qualidade do atendimento, precisam investir em profissionais qualificados e em locais adequados para os alunos efetuarem seus estágios.

A maioria dos profissionais que supervisionam os alunos da instituição não recebem nenhuma remuneração pelo seu trabalho . Alguns se acomodam e não repassam aos futuros profissionais as informações necessárias e acaba-se tornando um ciclo vicioso, onde os estudantes cometem erros pela falta de conhecimentos.

5- Os desperdícios.

Os desperdícios que acontecem no hospital , na maioria das vezes ocorrem pela falta de conhecimento e comprometimento dos profissionais com a instituição.

Os principais desperdícios são:

- a) má utilização dos leitos, salas de cirurgias e equipamentos;
- b) reuniões improdutivas;
- c) solicitação excessiva de exames - raio x - laboratório - tomografia;
- d) extravio de fichas e prontuários médicos;
- e) absenteísmo;
- f) má utilização de materiais e medicamentos;
- g) atendimentos sem qualidade.

Segundo MIRSHAWKA (1994, p. 276), em alguns hospitais-escola norte-americanos, chegou-se aos seguintes e espantosos valores médios: 65% dos testes de laboratórios, 11% dos exames de raio x do toráx , 26% dos serviços de enfermagem, entre outras coisas, têm sido considerados clinicamente desnecessários.

Os médicos também contribuem com procedimentos que não primam pela qualidade, tais como receitas médicas ilegíveis, incluindo, obviamente, o uso de abreviações impróprias, bem como indicações de dosagens inadequadas.

Como resultado, os hospitais brasileiros apresentam desperdícios que ultrapassam bilhões de reais.

Em grande parte dos hospitais brasileiros, estima-se que 45% dos dias de hospitalização são superiores ao tempo de permanência correto, assim como mais de 28% dos procedimentos cirúrgicos são incorretos.

Muitas padronizações e economias de tempo podem ser feitas em vários tipos de cirurgia, reduzindo-se inclusive 4 ou até 5 vezes o tempo de operação sem com isso diminuir a qualidade da cirurgia a ser realizada.

Na avaliação de MIRSHAWKA (1994, p. 276), os médicos jovens tendem a prescrever mais serviços e remédios do que os mais velhos. A explicação para essa variação pode ser o fato de que os médicos mais idosos foram treinados e educados numa época em que a tecnologia não desempenhavam um papel tão importante na área da saúde.

Em artigo de Claudia VASSALO, publicado na revista **Exame**, Reynaldo André BRANDT, presidente do Hospital Albert Einstein afirma que “os hospitais conhecem os seus preços mas desconhecem os seus custos” (1997). É por

desconhecerem os seus custos que a maioria dos hospitais cobra cada aplicação de injeção, cada luva e cada curativo feito no paciente.

Nos Estados Unidos e na Europa há muitos anos são oferecidos pacotes de serviços com preços fechados, a medicina passou a ser um negócio onde o risco tem que ser compartilhado entre os hospitais, médicos, os convênios e os pacientes.

O mapa de apuração de custos do hospital é departamentalizado, é um instrumento gerencial onde consta todos os setores do hospital e é apurado mensalmente os seus respectivos resultados.

Os setores principais, são os setores que são geradores de receitas.

Setores Principais:

- a) Postos de internação (ortopedia, cirurgia geral, clínica médica, neurologia, cardiologia, transplante renal).
- b) Unidade de terapia intensiva e cardiológica.
- c) Centro cirúrgico.
- d) Pronto socorro.
- e) Ambulatório.

Os setores de Apoio são os setores que não possuem receita que possam ser diretamente alocadas, pois os convênios públicos pagam através de procedimentos e os convênios privados pagam conforme suas tabelas; e os serviços de apoio são considerados no valor das diárias.

Setores de Apoio:

- a) Administração.
- b) Lavanderia
- c) Nutrição e dietética

d) Fisioterapia e outros.

O Hospital Universitário Cajuru enfrenta algumas dificuldades em função de que os setores de apoio, têm os seus custos rateados aos setores produtivos e com isso não se consegue apropriar adequadamente os custos indiretos.

É intenção, e já se está trabalhando nesse sentido, para apresentar os custos por procedimentos. Com certeza obter-se-á um resultado mais confiável.

Setores como UTI (unidade de terapia intensiva), UTI cardiológica (unidade de tratamento intensivo de pacientes cardiológicos), centro cirúrgico e pronto socorro, são responsáveis pelo tratamento de pacientes graves. Por isso eles acabam arcando com os custos com antibióticos, oxigênio, materiais e mão de obra que são os mais altos e consomem grande parte dos recursos da instituição.

O centro cirúrgico é um setor que se não for bem administrado pode levar um hospital a falência. Com a utilização adequada das salas de cirurgia, pode-se diminuir a permanência dos pacientes no hospital, pois o atraso e o cancelamento de cirurgias são fatores que colaboram para aumentar o período de permanência do doente.

O efetivo controle dos materiais e medicamentos utilizados no centro cirúrgico, ajuda reduzir desperdícios.

Segundo MIRSHAWKA (1994, p. 83), os maiores custos de um centro cirúrgico são fixos, dependentes de sua utilização, e os custos variáveis, os quais aumentam com a utilização, são menores. Há uma grande necessidade de aumentar a produtividade das salas cirúrgicas, pois, aumentando o número de cirurgias, aumentam-se as taxas de utilização, e os custos fixos se diluem, melhorando acentuadamente a relação custo-benefício.

Os índices como, média de permanência, taxa de ocupação dos leitos e ponto de equilíbrio, são informações necessárias para tomar decisões sobre a estratégia da instituição. É preciso acompanhar o desempenho do hospital sistematicamente.

Para que um hospital consiga atingir um ponto de equilíbrio entre as suas receitas e os seus custos há necessidade que ele tenha uma taxa de ocupação em torno de 75% e sua média de permanência para pacientes do SUS seja em torno de 5 dias.

Para reduzir os custos, os executivos do Hospital Moinho de Vento, de Porto Alegre, estão construindo em conjunto com a iniciativa privada um 'flat' para pacientes. A razão disso é que fica mais barato, para o hospital, para os seguros de saúde e para os pacientes pagar uma diária de hotel do que um dia de hospital.

Segundo Marcos Heitor PISTONO,

todos nós somos afetados pelos custos dos serviços de saúde e de um modo ou de outro temos os nossos bolsos afetados pelos gastos com saúde. O melhor caminho para implementação da qualidade e diminuição do custo-efetivo é o envolvimento de todos no sentido de eliminar o trabalho desnecessário, o retrabalho e o desperdício (1996, p. 135).

Os esforços destinados a reduzir custos estão exercendo um impacto profundo sobre a área de saúde, incluindo menor utilização dos serviços e mudanças nos padrões de atividade.

Segundo FERRAZ,

as necessidades atuais de um mercado competitivo e altamente globalizado requer que informações novas sejam coletadas, bem como é preciso que as já existentes sejam ordenadas e gerenciadas de forma a possibilitar a migração de um sistema de custeio por departamentos, para um sistema de custeio por processos (procedimentos) e deste para um sistema de custeio por paciente.

Nos dias atuais, somente com o sistema de custeio por paciente , é que se pode ter assegurado o primeiro passo em direção à otimização no uso dos recursos. Em países como Japão, Estados Unidos e França os hospitais guiam-se por padrões ou protocolos, como se costuma dizer no dialeto médico. A essência é seguir procedimentos que cientificamente dão certo para a maior parte dos pacientes. Um médico jamais irá solicitar 10 pacotes de gaze se está comprovado que apenas três serão suficientes. Ninguém pedirá uma batelada de exames se eles não forem cientificamente recomendados. Só os medicamentos que comprovadamente oferecerem a melhor relação custo-benefício são adotados.

O hospital precisa realizar uma análise de seus recursos , verificar se os recursos existentes estão sendo empregados de maneira correta e se não está havendo desperdícios e má utilização.

Em virtude da escassez de recursos os hospitais precisam administrar os seus custos e saber qual é o seu ponto de equilíbrio e quais são os setores que apresentam déficit, quais são os procedimentos que dão um melhor retorno para instituição.

Os hospitais precisam conhecer os seus custos, a fim de poderem negociar uma remuneração justa para os seus serviços e somente quando possuem informações claras sobre sua realidade financeira, conseguem negociar tabelas mais justas com os convênios privados.

No Hospital Universitário Cajuru, o mapa de apuração de custos , apesar de suas limitações, tem sido uma ferramenta importantíssima para aprimorar e controlar os custos.

Todas as informações que podem levar a gerência à tomada de decisões devem ser cuidadosamente elaboradas para que sejam claras , bem fundamentadas e que cheguem em tempo curto à mesma. O uso da informação nos hospitais tem aumentado muito a eficácia do sistema de comunicações propiciando aos profissionais um melhor controle das ações.

A professora Regine HERZLINGER (1997), da Faculdade de Administração de Empresas de Harvard, acha que os hospitais poderiam melhorar seu desempenho se utilizassem as técnicas utilizadas pelo McDonalds. É preciso ter eficiência e rapidez em atender os clientes.

As experiências realizadas nos Estados Unidos, demonstram que os hospitais americanos que se concentraram em um tipo de tratamento, conseguiram reduzir os custos e melhorar a qualidade dos atendimentos.

É preciso que os profissionais da área de saúde sejam treinados para desempenharem as suas funções com profissionalismo e assim preparar os alunos para as mudanças que estão acontecendo a nível mundial.

Segundo ROSSI e CADY (1996), os médicos podem influenciar o controle efetivo e a utilização dos recursos e demonstrar a importância do custo-eficácia no treinamento médico. Através de um processo científico, ou "aprimoramento contínuo da qualidade", a indústria demonstrou que a qualidade pode ser otimizada, enquanto os custos são reduzidos gradualmente. Para que isso aconteça na assistência da saúde, é necessário a participação dos médicos que possuem um conhecimento profundo da doença subjacente e das sutilezas da assistência dos pacientes.

Sugere-se mudanças na educação médica começando nos anos pré-clínicos e continuando através do treinamento clínico-cirúrgico durante e após a escola de medicina. Mais especificamente, são sugeridas mudanças no currículo e nos métodos educacionais necessários para que o treinamento cirúrgico se adapte às mudanças no financiamento da assistência de saúde, na jurisdição educacional e na disponibilidade de recursos.

É preciso que se aprenda a nova linguagem da assistência controlada, o conceito de risco financeiro com captação e a “sopa alfabética” de novos tipos de organizações de assistência de saúde. Devem ser introduzidos os princípios comerciais de custo, margem e outros mais. A familiaridade com esses elementos básicos permite aos estudantes compreender melhor as restrições na prática, que são inevitáveis na ausência de uma redução voluntária de custos.

Os planos de saúde reduzem os custos enfatizando a assistência ambulatorial e reduzindo a utilização do hospital. Nos Estados Unidos, nos últimos cinco anos a permanência do paciente internado diminuiu drasticamente, com um número cada vez maior de procedimentos cirúrgicos sendo realizados nos ambulatórios.

Alguns hospitais privados, como o Hospital Nossa Senhora das Graças, em Curitiba, já estão trabalhando com sistemas de gestão de recursos físicos, com o objetivo de melhorar a produtividade, reduzir os custos e melhorar a imagem da instituição.

Segundo MIQUELIN (1998), os recursos físicos são o conjunto de espaços e instalações, mobiliário, equipamentos e material permanente utilizados pelas pessoas no desenvolvimento de suas atividades hospitalares.

Hoje mais do que nunca a redução de custos é um objetivo que todas as instituições perseguem e para conseguir atingi-lo é necessário o comprometimento de todos os profissionais e estudantes que podem colaborar para evitar os desperdícios.

3.1 CUSTOS DAS INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

Os investimentos em tecnologia têm sido um problema a afetar praticamente todas as empresas. Com a competitividade todos acabam tendo que investir em novas tecnologias para não se tornarem ultrapassados.

Segundo SHANK e GOVINDARAJAN (1997), qualquer investimento realizado em tecnologia é bom, porque representa progresso, mas é necessário que seja feita uma análise dos investimentos. Em muitos casos as novas tecnologias significam a sobrevivência da empresa no mercado.

Os Hospitais Universitários estão enfrentado sérias dificuldades para manterem-se bem equipados. A escassez dos recursos faz com que muitos fiquem sucateados. A tecnologia tem sido uma das responsáveis pelos crescentes aumentos dos custos hospitalares.

BITTAR (1997), referenciando BANTA, afirma que a tecnologia médica é dos mais variados tipos e serve para diversas funções e que, um sistema útil distingue essa tecnologia em duas dimensões:

A- Finalidade médica.

- a) Tecnologia para diagnóstico - auxilia a determinação de qual processo patológico ocorre em um paciente.
- b) Tecnologia da prevenção - protege o paciente contra a doença.
- c) Tecnologia de terapêutica ou reabilitação - alivia o indivíduo da doença e de seus efeitos.
- d) Tecnologia Organizacional ou administrativa - é usada em gerência e administração, para assegurar que os cuidados de saúde são providos tão eficientemente quanto possível.

- e) Tecnologia de suporte - é usada para prover os pacientes, com serviços necessários, por exemplo: leitos, alimentação etc.

B- Natureza Física

- a) Uma droga é qualquer substância química ou biológica que pode ser aplicada, ingerida ou injetada em humanos para prevenir, tratar ou diagnosticar doenças ou outras condições médicas.
- b) Uma prótese é qualquer item físico, excluindo drogas, usada em cuidados médicos e pode variar de uma máquina requerendo grande investimento de capital, até um pequeno instrumento ou implemento.
- c) Um procedimento é uma combinação freqüentemente muito complexa de habilidades do provedor de cuidados, com drogas, prótese ou todos juntos.

Nos últimos 50 anos, em função da tecnologia, aconteceram mudanças muito importantes na área da saúde. Os tratamentos passaram a se tornar mais sofisticados, os profissionais passaram a ser mais especializados. O avanço foi brutal. A cada dia surgem novas técnicas que podem identificar problemas que antes permaneciam ocultos. As indústrias de equipamentos hospitalares começaram a investir cada vez mais na produção de equipamentos que atendessem a necessidade de sua clientela.

Segundo MIRSHAWKA (1994, p. 35), no negócio de equipamentos médicos, quase tudo, de agulhas de injeção a máquinas de imagens computadorizadas, está sujeito a um marketing agressivo, com rápidas inovações tecnológicas e aumentos de preços igualmente rápidos.

Mesmo algo tão básico como uma cama de hospital já não é mais simples. Ela se tornou uma plataforma de alta tecnologia cheia de circuitos eletrônicos,

sensores e recursos patenteados, destinados a ajudar no conforto, na recuperação e no tratamento do paciente. Mas seu custo pode chegar a U\$10.000 a unidade.

No Brasil já existem lavanderias totalmente automatizadas, onde as pessoas têm o mínimo contato com as roupas limpas. Infelizmente a falta de recursos dificulta o investimento neste setor por parte do hospital. Em São Paulo, em função da falta de espaços e de outros fatores, alguns hospitais como o Israelita *Albert Einstein* e o Hospital São Luiz estão terceirizando os serviços de lavanderia.

São poucos os profissionais e estudantes que sabem o custo do kg de roupa lavada. Muitos acabam utilizando de maneira desordenada e com isso colaboram para aumentar a quantidade de roupas sujas, diariamente.

Cada vez mais surgem equipamentos como Raio X, Tomógrafo, Arco Cirúrgico, Ressonância magnética, Videolaparoscópios e outros que auxiliam os médicos no tratamento aos pacientes.

A grande maioria dos hospitais possuem centrais próprias que produzem o oxigênio. Assim conseguiu-se reduzir os custos e melhorar a qualidade do produto fornecido aos pacientes.

Os novos equipamentos e as novas técnicas conseguiram prolongar a vida das pessoas. Com a evolução da tecnologia, os materiais utilizados no hospital passaram a ser mais sofisticados, começaram a ser utilizados materiais descartáveis, de órtese e prótese na maioria das cirurgias.

Os investimentos que os hospitais precisam fazer para atender as solicitações médicas são cada vez mais altos. Conforme publicação da revista **Exame**, um aparelho de ressonância magnética pode custar 4,5 milhões de

dólares e o preço de um tomógrafo mais sofisticado pode chegar a 1 milhão de dólares.

Na mesma revista acima citada dizem que, os hospitais brasileiros compraram 71 aparelhos de ressonância magnética e 420 tomógrafos computadorizados nos últimos três anos. Para obterem o retorno desse investimento é necessário utiliza-los adequadamente e quanto mais eles são utilizados mais rapidamente eles se pagam. A maioria dos hospitais não têm um volume de exames que justifiquem esses gastos e a tecnologia acaba proporcionando o aumento dos custos hospitalares.

Os Hospitais Universitários enfrentam dificuldades em manterem-se bem equipados, pois como a maioria da sua clientela são pacientes do SUS, eles ficam logo sucateados.

Em artigo de Claudia VASSALO (1997, p. 87) a autora reproduz a afirmação de Marcos Bozzi FERRAZ, Prof. Adjunto da Escola Paulista de Medicina: "Ao contrário do que acontece numa fábrica de sapatos ou numa montadora de veículos, a tecnologia aplicada à saúde não significa custos menores, pois os equipamentos sofisticados, computadores poderosos e softwares não eliminam mão-de-obra".

A área da saúde talvez seja o único setor da economia não afetado pela onda de enxugamento que atingiu as corporações em todo o mundo.

Na área da Cardiologia existe um grande número de materiais de prótese que são utilizados nas cirurgias, a maioria deles apresentam um alto custo e é graças a estes materiais que muitos pacientes conseguem sobreviver.

São poucos os convênios que pagam os materiais de prótese utilizados nas cirurgias cardíacas. O SUS paga a grande maioria dos materiais de acordo com a sua tabela.

Em função da falta de conhecimento dos profissionais e estudantes muitos materiais são utilizados e não são pagos pelos convênios ao Hospital. Os maiores problemas acontecem na área de cirurgia geral e ortopedia, onde a cada dia que passa surgem novos materiais descartáveis e de prótese e como essa evolução é muito rápida, muitos materiais acabam não sendo custeados pelos convênios do hospital.

Todos os profissionais e alunos precisam de informações da instituição. Em função do volume ser muito grande, a informatização é a única alternativa para conseguir obter as informações necessárias.

Hoje e no futuro, a informática será uma ferramenta imprescindível para os hospitais controlarem os seus recursos. Em função da evolução ser muito rápida, é necessário investir continuamente para se manter atualizado.

Os equipamentos hospitalares não são como os computadores que colocados sobre as mesas de trabalho. A grande maioria são importados o que dificulta a compra em função da demora e dos custos de transporte, armazenagem e desembaraço aduaneiro.

Outro fator que aumenta o custo é a manutenção e a substituição de peças que na maioria das vezes precisam ser importadas.

Nos estados de Minas Gerais e São Paulo foram criados consórcios municipais de saúde. Neles são comprados equipamentos hospitalares que são utilizados por pacientes de várias cidades. Com isso conseguiu-se racionalizar os investimentos e a população das pequenas cidades tiveram acesso à tecnologia.

Os Hospitais Universitários, por serem empresas baseadas no conhecimento, precisam utilizar informática como uma aliada para facilitar os controles e disponibilizar informações aos seus profissionais e alunos.

A "internet" é uma grande fonte de educação e cultura, é acima de tudo um meio de comunicação que engloba uma gigantesca quantidade de informações.

Atualmente muitas empresas já estão convencidas de que a popularização da "internet" mudou não só a maneira das pessoas se relacionarem com a informática como também a estrutura operacional das instituições, principalmente com o surgimento das "intranets".

As "intranets" são redes internas de computadores que usam a tecnologia da "internet". Elas são ligadas à "internet", mas protegidas por um programa de segurança.

A partir do momento que as informações tornarem-se disponíveis para um número maior de profissionais e estudantes dentro da instituição, as pessoas que eram valorizadas por saberem uma grande quantidade de fatos, números e dados perdem a importância por esse motivo.

Em artigo de Ivan MARTINS o autor cita a afirmação de BURRUS (1996, p. 106), ele sustenta que os profissionais guardam o que sabem para si porque isso tem representado, até hoje, a diferença entre ser e não ser útil. A partir do momento em que eles forem incentivados a partilhar informações mudarão de atitude.

A "intranet" poderá ser um instrumento de grande importância dentro de um Hospital Universitário, pois poderá promover uma multidisciplinariedade entre as distintas áreas que compõem o corpo de profissionais que atuam na

instituição. Infelizmente o Hospital Universitário Cajuru não dispõe ainda de uma rede que interligue os diversos setores, provocando dificuldades para obter as informações necessárias de maneira mais rápida. Essa dificuldade reflete diretamente na qualidade de atendimento ao paciente e ao aluno que usufrui dos serviços desta instituição.

As redes internas de informática ajudam a melhorar os controles das diversas áreas:

Na área médica e de ensino:

- a) Os profissionais e estudantes terão acesso ao prontuário do doente a qualquer momento (resultados de exames, dados estatísticos, dados financeiros).
- b) Informações sobre novas técnicas de tratamento (clínico e cirúrgico).
- c) Pesquisas sobre novos medicamentos.
- d) Informações sobre a disponibilidade em estoque do medicamento ou material que o paciente precisa utilizar.
- e) Banco de dados que possa ajudar aos profissionais e estudantes das diversas áreas nas suas pesquisas.
- f) Acesso a informações sobre condutas nos pacientes monitorizados pela C.C.I.H. (doenças infecto contagiosas).
- g) Acesso à rede dos Centros de Informação sobre medicamentos de outros hospitais, banco de dados farmacêuticos.
- h) A prescrição médica poderá ser feita através de terminais, facilitando a rotina e economizando impressos e tempo, liberando a enfermagem para atendimento ao paciente e garantindo uma terapêutica adequada.

Na área administrativa:

- a) Interligação de todos setores da área administrativa e conseguindo com isso ter informações necessárias no momento certo.
- b) Manutenção de um banco de dados sobre informações para o faturamento das contas hospitalares.
- c) Controle do orçamento da instituição.
- d) Estabelecer um sistema de controle de estoque que atenda as necessidades da instituição.
- e) Controle da efetiva administração dos setores.
- f) Cotações para compras de materiais e medicamentos direto com os fornecedores.
- g) Melhoria da comunicação dentro da instituição.
- h) Atendimento de maneira mais organizada a sua clientela.

Na área de enfermagem e serviços de apoio:

- a) Ter informações mais precisas sobre os pacientes.
- b) Obter informações sobre novas técnicas de tratamento dos doentes.
- c) Acompanhar os resultados dos seus postos de enfermagem.

O hospital do futuro já faz parte do presente de alguns americanos, a telemedicina já está sendo utilizada. Os pacientes são consultados por meio de uma videoconferência que liga o paciente, médicos e enfermeiros, com isso evita-se a permanência do paciente no Hospital. O próprio paciente, ou pessoas de sua família, são treinados para manipular os equipamentos, e o principal objetivo da telemedicina é a redução de custos.

A velocidade e a quantidade de novas tecnologias e informações fazem com que os profissionais tenham a necessidade de buscar a educação permanente.

Nos Estados Unidos já existem empresas dedicadas ao que chamam de teleradiologia: a transmissão de exames por imagens, também via sinais telefônicos. Com esse sistema diminuiu-se o número de profissionais de saúde na análise de exames.

Um dos assuntos mais polêmicos atualmente em relação ao tratamento da informação em um sistema hospitalar é sem dúvida o prontuário eletrônico. Ele permite a recuperação dos dados com facilidade, possibilita várias interfaces - disponibilidade de visualização e consultas em vários lugares - e facilita o controle e o faturamento das contas hospitalares.

Vários hospitais brasileiros já adotaram o sistema de código de barras. O Hospital São Luiz em São Paulo é um exemplo. Com esse sistema consegue-se padronizar os processos administrativos e operacionais. Ele tem sido implantado, com sucesso, nos mais diversos processos hospitalares, nas áreas de suprimento, faturamento, farmácia, assim como no acompanhamento de procedimentos de rotina na prestação de serviços aos clientes. O sistema consegue diminuir a margem de erros, aumentando a segurança, reduzindo os custos e melhorando os controles da instituição.

MENDES (1996, p. 24) afirma que, a incorporação tecnológica descontrolada constitui um dos fatores principais do fenômeno chamado de "inflação médica" que consiste em uma tendência dos serviços médicos aumentarem seus preços acima dos índices gerais de preços da economia.

Observadas as taxas de inflação medidas pelo INPC e o INPC/Saúde, entre 1980 e 1994, a inflação do setor saúde aumentou 87,9% acima da inflação média da economia brasileira.

Para MENDES,

a tecnologia biomédica apresenta características especiais. Primeiro, não é , como em outros setores da economia, substitutiva de uma outra, mas acumulativa. Os tomógrafos não substituem os aparelhos de raios-X mas somam-se a eles. Segundo, o processo de produção de serviços é descontínuo. Terceiro, a tecnologia biomédica difunde-se com extrema rapidez. Quarto, como demonstram estudos do Congresso americano, boa parte dessa tecnologia é incorporada sem comprovação da sua eficácia (1996, p. 24).

A singularidade da tecnologia médica permite estabelecer uma lei para seu uso: se há tecnologia médica ela tende a ser usada, justificada ou injustificadamente, submetendo os pacientes, muitas vezes, a um custo social e humano desnecessário.

A revista **Veja** publicou uma reportagem que cita um estudo muito interessante (BRASIL e CRUZ, 1997, p.107). Um paciente nos anos 70 com suspeita de traumatismo de crânio passaria por uma consulta, um raio x e ficaria em observação por 24 horas e custaria 100 dólares. Nos anos 80 ele teria direito ao mesmo tratamento acrescido de uma tomografia computadorizada e a conta custaria 300 dólares. Nos anos 90 ele poderia realizar uma ressonância magnética só que o custo seria de 1000 dólares.

Outro dado importante é que dez anos atrás, em cada dez consultas o médico solicitava seis exames, atualmente ele solicita 25 exames.

Se os investimentos em tecnologia na área de saúde forem planejados e feitos de acordo com a necessidade dos clientes, na maioria das vezes conseguem trazer um resultado positivo à instituição. Não adianta ter um equipamento de ressonância magnética se a sua clientela não tem condições de pagar o preço do exame.

Os profissionais e estudantes da área de saúde precisam ser preparados para utilizarem a tecnologia de maneira correta. Os investimentos em tecnologia

além de melhorar a qualidade dos atendimentos, precisam trazer retorno para a instituição. É portanto necessário que os hospitais antes de adquirirem um equipamento façam um estudo da viabilidade do investimento.

Além de investir em tecnologia é preciso investir nos seres humanos e na qualidade do ensino dos futuros profissionais da instituição, pois nada adianta ter equipamentos de última geração se os profissionais não são qualificados. É preciso investir e melhorar a produtividade nos hospitais, é preciso que todos sejam avaliados e recompensados pelos seus resultados.

3.2 CUSTOS DA QUALIDADE EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

A busca pela qualidade deixou de ser preocupação apenas das grandes empresas e passou a ser prioridade para todas as organizações que queiram sobreviver em um mercado globalizado.

Segundo NOGUEIRA (1996), a noção de qualidade está intimamente ligada às ciências de saúde. Toda a formação do profissional de saúde é orientada no sentido de melhoria e restauração, quando isto não é possível, melhoria das suas condições de vida, melhoria dos métodos e técnicas de diagnóstico e de tratamento, simplificação de procedimentos, obtenção de resultados melhores.

O objetivo de um paciente ao internar-se em um hospital é melhorar o seu estado de saúde, é resolver problemas, corrigir disfunções. Entretanto, conforme NOGUEIRA (1996), "temos testemunhado, com profundo sentimento de impotência, dois fenômenos importantes: de um lado, o surgimento de novas tecnologias, que se superam em pouquíssimo tempo e que tornam os custos dos

serviços de saúde cada vez mais elevados. De outro lado, vemos com frequência uma deterioração nos serviços de saúde”.

As organizações de serviços de saúde estão se adaptando às mudanças que estão acontecendo. A clientela está cada vez mais exigindo um novo estilo de gestão, a gestão pela melhoria da qualidade, com enfoque no atendimento dos clientes, no conhecimento da concorrência e na redução de custos.

Segundo ROBLES (1994, p. 12), as empresas estão no limiar de uma era. A era que se inicia é a da qualidade, em que o desperdício será duramente punido. As organizações começam a acordar de um coma gerencial e precisam aproveitar todos os recursos disponíveis.

Para MEZOMO (1995, p. 298), um dos pontos fundamentais da filosofia da qualidade é a luta contra o desperdício. Ele diz que através do controle dos desperdícios um hospital consegue garantir a sua sobrevivência e atingir também o lucro tão almejado e necessário. Cita como exemplo o setor de lavanderia, onde o desperdício pode representar 40% do custo da produção.

A eliminação dos desperdícios está ligada a questão da qualidade. Com a redução dos desperdícios, a empresa consegue gerar recursos para implantar um sistema de melhoria da qualidade e melhorar os seus resultados. Os custos com qualidade, na verdade, são investimentos necessários.

Por desperdício entende-se a perda que a sociedade é submetida devido ao uso de recursos escassos. No hospital os desperdícios vão desde o material, os medicamentos, a mão-de-obra, os equipamentos etc.

Conforme ROBLES (1994, p. 12), os desperdícios nas empresas prestadoras de serviços chegam a 40% dos gastos operacionais.

O dilema administrativo básico para análise do custo da qualidade é resumido pela seguinte diferença: de um lado alguns autores acreditam que o tempo gasto calculando os custos de fazer as coisas erradas seria muito mais bem gasto fazendo estas coisas corretamente.

Por outro lado, há autores acreditam que a análise regular e contínua do custo da qualidade é fundamental se a gerência quiser garantir que a empresa esteja operando adequadamente.

Para JURAN (citado por SHANK e GOVINDARAJAN, 1997), a estrutura analítica relevante é para medir e controlar os custos em termos de uma divisão de quatro partes:

- a) Prevenção: Os custos de se manter uma estrutura para controlar a má qualidade (ouvidoria, coordenação da qualidade).
- b) Avaliação: Custos para controlar os erros (auditoria de contas, supervisão dos diversos setores).
- c) Falha Interna: Custos do retrabalho e da má qualidade.
- d) Falha externa: Custos de procedimento realizado incorretamente (falta de atendimento ao paciente, queda do leito e aplicação de um medicamento errado).

Os custos de prevenção e avaliação serão altos no início da implantação da qualidade e tenderão a diminuir à medida em que o sistema avançar na conquista de melhores níveis de qualidade. Entretanto, não poderão desaparecer porque a avaliação e a prevenção não podem deixar nunca de existir numa organização médico-hospitalar. Os custos das falhas podem decrescer a níveis tão baixos quanto puderem ser aperfeiçoados. Como a melhoria da qualidade é

um processo contínuo e sem fim, os custos das falhas deverão baixar constantemente e em alguns processos poderão até desaparecer.

Assim como os custos da qualidade não desaparecem tão facilmente, as receitas também não aparecem imediatamente. É um trabalho que precisa ser realizado a longo prazo e de forma contínua.

As informações de custos da qualidade por si só não levam a uma melhoria da qualidade, é necessário que elas conscientizem e gerem ações que proporcionem qualidade de nível cada vez mais elevado.

As informações fornecidas pelo setor de custo em um Hospital são muito importantes para avaliar os custos da qualidade. É preciso, então, que haja um comprometimento de todos os profissionais para se conseguir atingir o objetivo de melhorar os serviços da instituição.

Com as mudanças que estão ocorrendo na área da saúde, os custos dos hospitais têm um papel importante, pois para melhorar o seu desempenho, cada vez mais é preciso reduzir os custos, sem comprometer a qualidade do atendimento.

Como Deming, CROSBY (citado por ROBLES, 1994, p. 45) acredita que o custo da qualidade será minimizado por fazer direito da primeira vez: ele acredita que "a meta de qualquer operação deva ser zero defeitos" CROSBY divide os custos da qualidade em dois componentes:

- a) O preço da conformidade: inclui todos os custos incorridos para fazer as coisas corretamente da primeira vez.
- b) O preço da não conformidade : inclui todos os custos de fazer as coisas erradamente.

CROSBY (citado por ROBLES, 1994, p. 42-43), equipara a apuração de custos da qualidade ao estabelecimento de indicadores da qualidade. Por meio dos indicadores consegue-se conhecer o estado atual da empresa.

Apesar de alguns profissionais de saúde relacionarem o desempenho com a aquisição de equipamentos de última geração e do uso de material de melhor qualidade, dando um sentido altamente satisfatório positivo à associação custo-desempenho, isso não se verifica sempre. A qualidade profissional aliada à vontade de fazer o melhor pelos pacientes, consegue, em grande parte dos casos, levar a um desempenho altamente satisfatório, apesar de não conter aparelhos e equipamentos ultra modernos.

Segundo NOGUEIRA,

a prática médica vem evoluindo constantemente, e o nível de complexidade da prestação de serviços de saúde mudou muito. Cada vez mais o médico tem precisado compartilhar com outros a responsabilidade global pelo cuidado ao doente. Com o aumento do nível de complexidade, aconteceu também um aumento progressivo dos custos da assistência médica. A formação eminentemente acadêmica do médico em geral não leva em conta a preocupação dos custos (1996, p. 88).

Para SCHEIDWEILER (1996), os custos são mais elevados nos Hospitais Universitários, porque a participação do acadêmico no atendimento ao doente, foge em alguns casos a utilização racional dos materiais e medicamentos. Por isso os estudantes têm que participar do processo de melhoria da qualidade. Sem a sua contribuição dificilmente a instituição conseguirá atingir o seus objetivos.

O não fazer certo da primeira vez, preconizado por Crosby, gera uma enorme carga de custos para as organizações. O custo da má qualidade obriga a que novos exames sejam feitos, novas cirurgias sejam realizadas, aumentando as horas de trabalho junto ao paciente, gastando mais material, mais energia,

aumentando o desgaste dos aparelhos. Pior que tudo isso são os custos físico-psicológicos e financeiros do paciente. Se as falhas forem constantes os custos podem inviabilizar o uso do aparelho ou do equipamento, uma vez que o doente não pode pagar pelo erro dos profissionais.

A necessidade de ter pessoas treinadas e altamente qualificadas na prestação de serviços faz com que os custos sejam altos.

Os médicos devem entender que a qualidade também os beneficia , dá mais efetividade ao seu trabalho, melhora sua imagem e cria um ambiente mais adequado para o exercício de suas atividades.

Em serviços de saúde em geral é possível identificar alguns componentes da qualidade que lhes são comuns e estão diretamente ligados à ciência e à tecnologia dos cuidados e à sua aplicação nas ações concretas.

A mensuração da qualidade torna-se relevante quando se passa a associar seus conceito aos de produtividade e de lucratividade.

O termo produtividade, quando aplicado aos serviços de saúde tem sido definido de diversas maneiras . Dependendo de quem define, em geral é tida como a razão entre as respostas e as solicitações feitas.

As informações sobre produtividade permitem melhorar a utilização dos recursos, bem como procurar remunerar melhor as pessoas que apresentam um melhor desempenho.

Segundo ROBLES (1994, p. 42-43), para se conseguir quantificar os custos da qualidade em uma empresa é necessário haver uma mudança na forma tradicional de apuração de custos. A sistemática de acumular custos por atividades ou ABC (*Activity Based Costing*), consegue detalhar os processos adentrando nos vários departamentos em que o processo é realizado.

A identificação dos custos por atividade visa apropriar a cada serviço ou procedimento médico a quantidade mais justa dos recursos para a sua execução. A partir dessa apropriação torna-se possível a constatação mais precisa de cada serviço.

Conforme SCHEIDWEILER, citando CROSBY (1996), a qualidade é algo gratuito. O que acaba custando, são os serviços que são realizados sem qualidade, ou seja um mal atendimento, uma técnica cirúrgica errada e a falta de comprometimento dos profissionais.

Segundo NOGUEIRA (1996), quando pensarmos em qualidade, é preciso que estejamos atentos não apenas à qualidade técnica, mas a todas as dimensões que afetam a percepção final do cliente e o seu nível de satisfação.

As três características mais valorizadas e percebidas com maior facilidade pelos clientes, chamadas pelos americanos de "*Big Q*", são, a qualidade intrínseca, o custo e o atendimento.

Os investimentos em qualidade concorrem com as outras alternativas de investimentos existentes no hospital. Através da apuração dos custos da qualidade consegue-se identificar de forma clara e transparente as vantagens de um programa de qualidade.

Com a implantação de um programa de qualidade é necessário estabelecer os indicadores, para através deles apurar os custos da não qualidade, pois num Hospital Universitário onde o número de profissionais é muito grande, somente com um programa de treinamento voltado para a melhoria contínua dos seres humanos será possível controlar e reduzir os custos da qualidade.

Citado por NOGUEIRA, Robert TALLON, executivo da *Florida Power and Light*, empresa americana do setor energético reconhecida mundialmente pela sua filosofia de qualidade, resume muito bem os benefícios de longo alcance da Gestão pela Qualidade:

Qual é o retorno do investimento em qualidade? Quando é que os resultados começam a aparecer? Quem ganha, e como medir esses ganhos? A idéia de fazer certo vale mais do que o dinheiro. Como colocar preço numa mudança completa de postura? Numa nova cultura que não apenas professa uma filosofia de respeito pela qualidade mas também de respeito pelos clientes? Quanto vale a capacidade de se criar na instituição um ambiente em que a mudança positiva é estimulada, e onde os trabalhadores vêem como inaceitáveis o desperdício e a ineficiência? Este ambiente não têm preço. É este comprometimento com a qualidade que eu creio ser essencial não apenas pelos resultados que traz, mas para nossa própria sobrevivência enquanto empresa, e quem sabe como nação (1996, p. 91).

4 LEITURA E ANÁLISE DOS DADOS

4.1 LEITURA DAS RESPOSTAS DADAS PELOS PROFISSIONAIS

Na questão 1, *"Você é a favor da participação dos profissionais na decisão sobre administração dos custos dos seus setores?"*. Todos os profissionais pesquisados são favoráveis a uma administração dos recursos de uma forma mais participativa e científica. Eles colocam a necessidade de treinamento específico aos profissionais na área financeira.

TABELA 5 - CONCORDÂNCIA DOS PROFISSIONAIS SOBRE A ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS.

PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA	ATIVIDADE
100%	São favoráveis a participação dos profissionais na administração dos custos dos setores

FONTE: Questionário coleta de dados – profissionais

TABELA 6 - OPINIÃO DOS RESPONDENTES SOBRE OS BENEFÍCIOS DA PARTICIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NA ADMINISTRAÇÃO DOS CUSTOS

PERCENTUAL DAS OPINIÕES	BENEFÍCIO
32%	Haveria uma maior conscientização dos profissionais para reduzir os custos.
34%	Os profissionais conheceriam os custos e a situação financeira da instituição.
34%	Os profissionais teriam maior responsabilidade e um maior comprometimento.

FONTE- Questionário coleta de dados - profissionais

Na questão 2, “*Os recursos que estão disponíveis para a realização do seu trabalho são satisfatórios*”. 40% dos profissionais pesquisados estão satisfeitos com os recursos disponíveis e 60% dos profissionais não estão. Eles colocam, conforme a tabela abaixo, a necessidade da instituição investir em equipamentos

TABELA 7 - SATISFAÇÃO QUANTO AOS RECURSOS DISPONÍVEIS.

PERCENTUAL DE SATISFAÇÃO	
40%	Estão satisfeitos com os recursos disponíveis para o seu trabalho.
60%	Não estão satisfeitos com os recursos disponíveis para o seu trabalho.

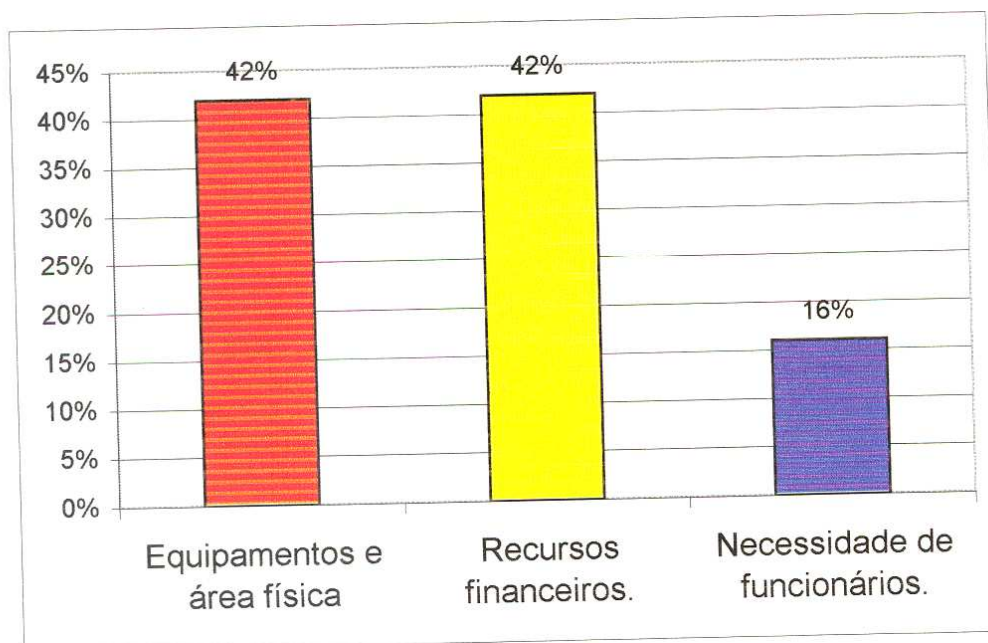
FONTE: questionário coleta de dados - profissionais

TABELA 8 - RECURSOS NECESSÁRIOS, SEGUNDO OS PESQUISADOS.

PERCENTUAL DOS RECURSOS NECESSÁRIOS	ESPÉCIE DE RECURSO
42%	Equipamentos e área física
42%	Recursos financeiros
16%	Necessidade de funcionários.

FONTE: questionário coleta de dados - profissionais.

FIGURA 2 - RECURSOS NECESSÁRIOS, SEGUNDO OS PESQUISADOS



Na questão 3, "Os profissionais conhecem a realidade sobre os custos da instituição?", apenas 7% conhecem a realidade dos custos da instituição e 93% dos profissionais pesquisados não conhecem a realidade dos custos.

Os principais motivos citados pelos respondentes são:

- a) Falta de transparência e controle do Hospital;
- b) Falta de conhecimento dos profissionais;
- c) Falta de interesse e treinamento dos profissionais.

TABELA 9 - CONHECIMENTOS DOS CUSTOS.

PERCENTUAL DE RESPONDENTES	SITUAÇÃO
7%	Conhecem a realidade dos custos.
93%	Não conhecem a realidade dos custos.

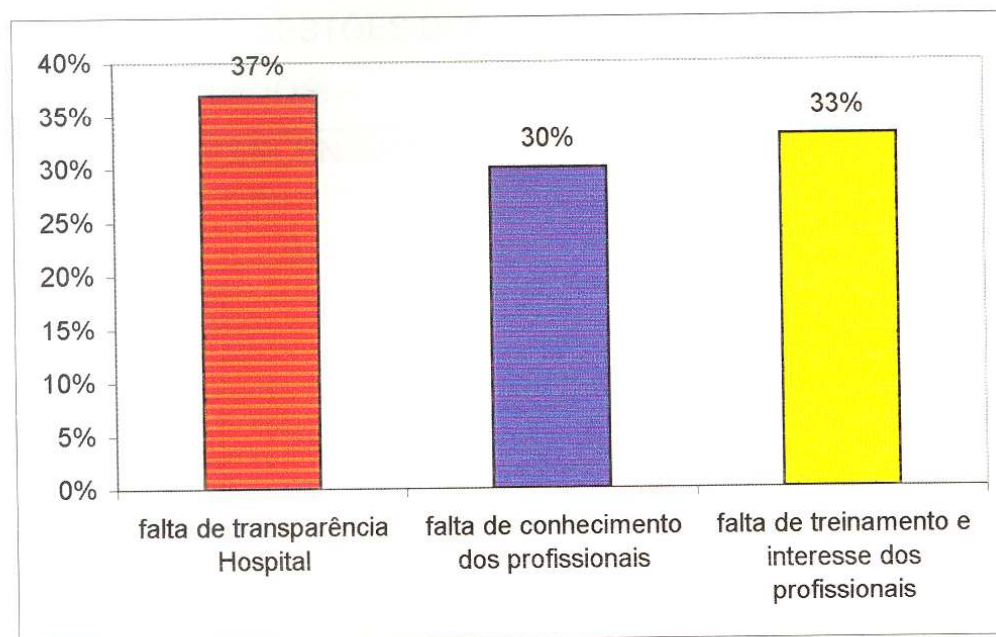
FONTE - questionário coleta de dados - profissionais.

TABELA 10 - PRINCIPAIS MOTIVOS DA FALTA DE CONHECIMENTO DA REALIDADE DOS CUSTOS

PERCENTUAL	MOTIVOS
37%	Falta de transparência e controle do Hospital.
30%	Falta de conhecimento dos profissionais
33%	Falta de treinamento e interesse dos profissionais.

FONTE: questionário coleta de dados - profissionais

FIGURA 3 - MOTIVOS DA FALTA DE CONHECIMENTO DOS CUSTOS



Na questão 4: "Os profissionais têm como ajudar o hospital a evitar os desperdícios", todos os profissionais pesquisados acreditam ser possível ajudar o hospital a reduzir os desperdícios e afirmam que deve haver investimentos em qualidade, diminuir a permanência do paciente, treinar e incentivar os profissionais, demonstrar os desperdícios de cada setor e controlar o uso dos recursos.

TABELA 11 - OPINIÃO SOBRE COLABORAÇÃO PARA REDUZIR DESPERDÍCIOS

PERCENTUAL	OPINIÃO
100%	Acreditam que podem ajudar a instituição a evitar os desperdícios.

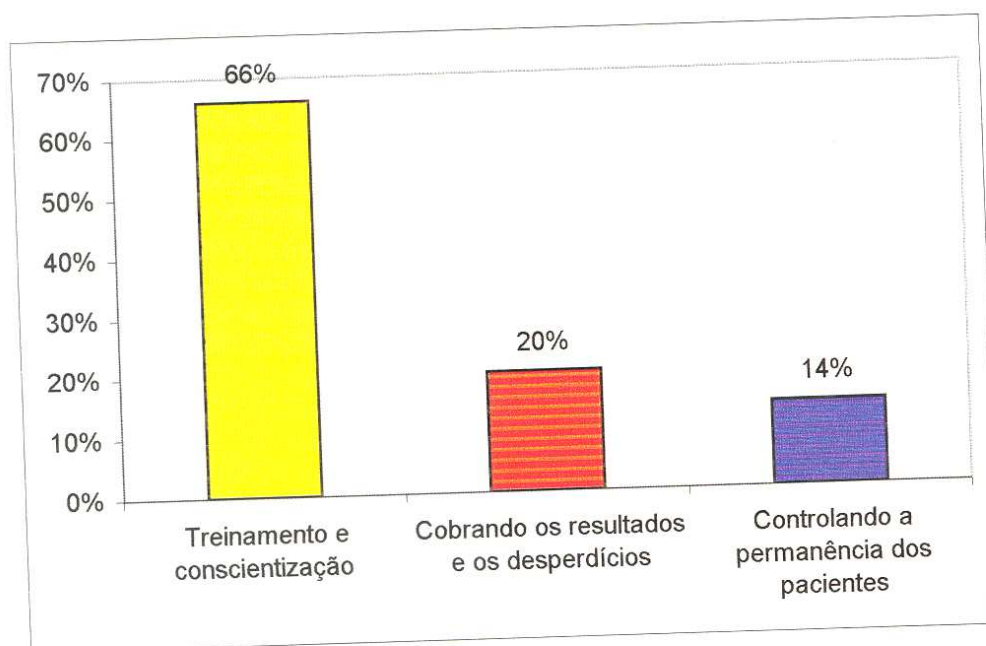
FONTE: questionário coleta de dados - profissionais

TABELA 12 - SUGESTÕES DOS PROFISSIONAIS PARA EVITAR OS DESPERDÍCIOS.

PERCENTUAL	COMO
66%	Investindo em treinamento conscientizando os profissionais
20%	Cobrando resultados e demonstrando os desperdícios.
14%	Controlando a permanência dos pacientes

FONTE: questionário coleta de dados - profissionais

FIGURA 4 - SUGESTÕES DOS PROFISSIONAIS PARA EVITAR OS DESPERDÍCIOS



4.2 LEITURA DAS RESPOSTAS DADAS PELOS ESTUDANTES

Na questão 1, *“Você recebeu alguma orientação sobre a maneira correta de utilizar os recursos da instituição?”* 50% dos pesquisados responderam que receberam orientações sobre a forma adequada de utilizar os recursos, os outros 50% responderam que não. Os futuros profissionais falam da necessidade de receberem orientações e treinamentos para evitar os desperdícios.

TABELA 13 - ORIENTAÇÃO SOBRE A MANEIRA CORRETA DE UTILIZAR OS RECURSOS

PERCENTUAL	SITUAÇÃO
50%	Receberam orientações sobre a utilização dos recursos.
50%	Não receberam orientação sobre a utilização dos recursos.

FONTE: questionário coleta de dados - estudantes.

Na questão 2, *“Você recebeu alguma orientação sobre o que significa os custos hospitalares para a saúde financeira da instituição?”*. 21% dos estudantes pesquisados receberam orientações e 79% não receberam orientações sobre os custos hospitalares.

TABELA 14- ORIENTAÇÃO SOBRE O SIGNIFICADO DOS CUSTOS HOSPITALARES

PERCENTUAL	SITUAÇÃO
21%	Receberam orientações sobre os custos hospitalares.
79%	Não receberam orientação sobre os custos hospitalares.

FONTE: questionário coleta de dados - estudantes.

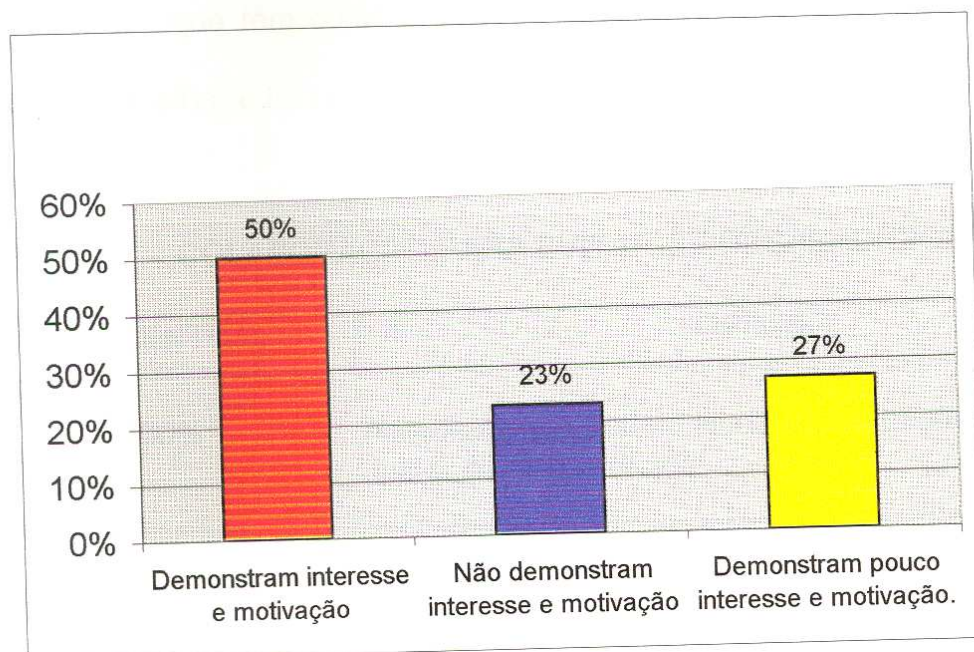
Na questão 3, *“Os profissionais que supervisionam o estágio, demonstram interesse em ensinar os alunos?”*, 50% dos pesquisados responderam que os profissionais demonstram interesse, 23% responderam que os profissionais não demonstram interesse e 27% responderam que são poucos os profissionais que demonstram interesse em transmitir conhecimentos aos estudantes.

TABELA 15 - OPINIÃO SOBRE INTERESSE DOS PROFISSIONAIS NA TRANSMISSÃO DE CONHECIMENTOS

PERCENTUAL	OPINIÃO
50%	Demonstram interesse e motivação em transmitir aos estudantes conhecimentos.
23%	Não demonstram interesse e motivação.
27%	Demonstram pouco interesse e motivação.

FONTE: questionário coleta de dados - estudantes

FIGURA 5 - INTERESSE E MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM TRANSMITIR CONHECIMENTOS



Na questão 3, "O futuro profissional necessita preocupar-se com os custos onde exerce suas atividades?". 97% dos alunos acham que devem se preocupar e colocam a necessidade da racionalização e controle dos recursos e a redução de custos como fatores importantes para garantirem os seus empregos. E, 3% dos alunos pesquisados acham que o futuro profissional não deve se preocupar com os custos.

TABELA 16 - OPINIÃO SOBRE A PREOCUPAÇÃO COM CUSTOS.

PERCENTUAL	
97%	Acham que os profissionais devem preocupar-se com os custos da instituição onde exerce suas atividades.
3%	Acham que não devem preocupar-se com os custos.

FONTE: questionário coleta de dados - estudantes

Na questão 5, "Os estudantes têm como auxiliar o hospital a evitar os desperdícios, assim como os profissionais?", todos os estudantes pesquisados responderam que têm como ajudar o hospital a evitar, para isso é necessário orientá-los melhor e ter um melhor controle dos gastos.

TABELA 17 - COLABORAÇÃO PARA EVITAR-SE DESPERDÍCIOS.

PERCENTUAL	OPINIÃO
100%	Acreditam que podem ajudar a instituição evitar os desperdícios.

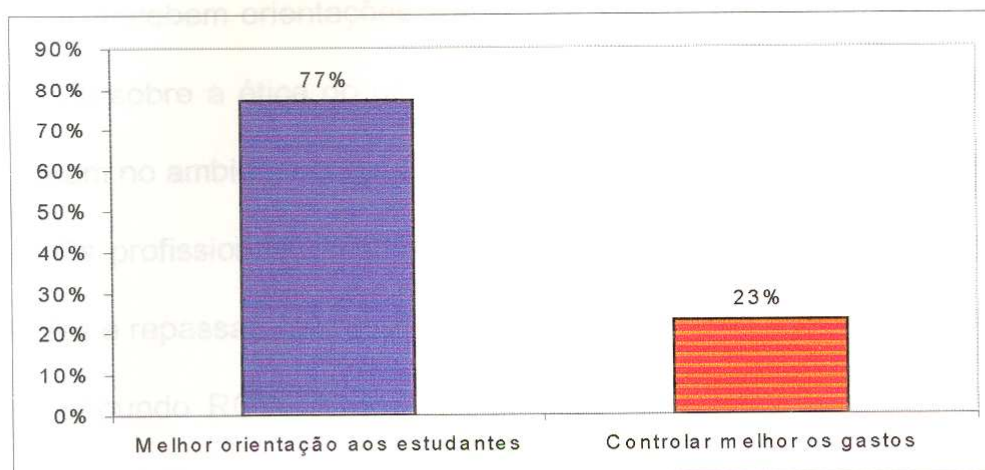
FONTE: questionário de coleta de dados estudantes.

TABELA 18 - SUGESTÕES DOS ESTUDANTES PARA EVITAR OS DESPERDÍCIOS

PERCENTUAL	SUGESTÕES
77%	Havendo uma melhor orientação por parte dos profissionais aos estudantes.
23%	Controlando melhor os gastos.

FONTE: questionário de coleta de dados - estudantes.

FIGURA 6 - SUGESTÕES DOS ESTUDANTES PARA EVITAR DESPERDÍCIO



4.3 ANÁLISE SUMÁRIA DE DADOS

Comparando as respostas apresentadas pelos profissionais ficou claro que todos querem fazer parte ativamente do processo de administração dos custos dos seus setores. A participação na administração dos custos faria com que os profissionais conhecessem a situação financeira da instituição e haveria uma maior conscientização e comprometimento deles em colaborar na administração racional dos recursos.

Existe por parte dos profissionais uma insatisfação em relação aos recursos disponíveis, tanto que 60% deles não estão satisfeitos. O grupo dos médicos foi que apresentou maior índice de insatisfação.

Isso acontece em função da evolução da tecnologia na área médica ser muito rápida e os Hospitais Universitários enfrentarem dificuldades para manterem-se bem equipados.

Nesta pesquisa 93% dos profissionais pesquisados não conhecem os custos da instituição, isto confirma o que diz Dr. Dario BIROLINI (1998) citação

feita no capítulo 3, quando afirma que os médicos em momento algum da sua formação recebem orientações sobre os aspectos da economia da saúde e nem tampouco sobre a ética do uso de recursos limitados. Os demais profissionais que atuam no ambiente hospitalar também não receberam orientações.

Os profissionais falam sobre a necessidade da instituição melhorar seus controles e repassar informações financeiras sobre os resultados dos setores.

Segundo ROBLES Jr. (1994), conforme citação feita no capítulo 3, as empresas estão no limiar de uma nova era, a era da qualidade, em que o desperdício será duramente punido. Nos Hospitais Universitários os profissionais e estudantes são fundamentais na redução dos desperdícios.

Conforme citação feita por SCHEIDWEILER (1996) no capítulo 3, sem a colaboração e participação dos estudantes, os Hospitais Universitários não conseguirão atingir os seus objetivos.

Na pesquisa realizada, 50% dos estudantes receberam orientações sobre a utilização adequada dos recursos e 50% não receberam. É necessário haver uma melhor orientação aos estudantes para evitar os desperdícios.

Somente 21% dos estudantes pesquisados possuem conhecimentos sobre os custos hospitalares. Segundo ROSSI e CADY (1996) é necessário que os estudantes sejam apresentados aos novos fatores econômicos da assistência da saúde, pois com as mudanças que estão acontecendo, o futuro profissional que não adquirir uma compreensão da base lógica para o custo eficácia, terá dificuldades de atuar na área da saúde.

Conforme artigo publicado no **Jornal do Conselho Federal de Medicina**, as tabelas do SUS estão defasadas, com isso os hospitais e profissionais médicos acabam tendo uma remuneração baixa, os Hospitais Universitários

acabam não tendo recursos para investirem na melhoria da remuneração dos seus profissionais.

Muitos deles desenvolvem o papel de técnico e o de educador e como não recebem nenhum incentivo para supervisionar os alunos, acabam não lhes repassando informações e orientações adequadas. Em função disso ocorrem situações em que os estudantes são prejudicados pela falta de orientação dos profissionais.

Os percentuais apresentados pelos estudantes pesquisados em relação a motivação dos profissionais em orientá-los, demonstram a realidade acima, pois 50% dos profissionais têm interesse em ensinar os alunos, 27% demonstram pouco interesse e 23% não demonstram interesse.

Todos os pesquisados responderam que é possível ajudar a instituição a evitar os desperdícios, através de uma melhor orientação e envolvimento dos profissionais e estudantes.

Os principais fatores apontados pelos estudantes e pelos profissionais que dificultam a utilização racional dos recursos são:

- a) a falta de conhecimentos dos profissionais e dos estudantes das questões econômico-financeiras;
- b) a necessidade de uma melhor orientação aos profissionais e estudantes sobre a utilização dos recursos materiais, físicos e financeiros;
- c) a falta de interesse de alguns profissionais em ensinar aos alunos;
- d) as informações financeiras não serem repassadas pela instituição pesquisada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com as pressões sociais e da concorrência, os hospitais parecem estar acordando de um coma gerencial, pois a grande maioria nunca se preocupou com a sua clientela.

Conforme citação feita por MIRSHAWKA (1994), os hospitais são mal administrados e precisam utilizar dois instrumentos básicos de gestão, o sistema de informações e a contabilidade de custos.

Segundo BEULKE e BERTÓ (1997) os hospitais são instituições muito complexas, onde as atividades industriais são mescladas com a ciência e a tecnologia de procedimentos utilizados diretamente com o paciente. Os fatores sociais, culturais e educacionais, interferem na estrutura, nos processos e nos resultados.

O resultado atingido é fruto do trabalho realizado por todos os profissionais e estudantes, pois desde o estagiário até o diretor superintendente, todos contribuem para o lucro ou prejuízo da instituição.

A participação dos médicos na gerência e no controle dos recursos de um hospital é muito importante, eles têm uma influência muito grande nos gastos e, com a sua colaboração, pode-se reduzir custos sem influenciar o atendimento ao paciente.

Os Hospitais estão cada vez mais apoiando-se em novas tecnologias, na redução do tempo de permanência e no aumento da taxa de ocupação do paciente para tornarem-se mais rentáveis.

Para conseguirem atingir os seus objetivos, os hospitais deverão buscar sempre mais a colaboração dos estudantes e profissionais no sentido de melhorar a produtividade, utilizando os recursos físicos, materiais e financeiros de forma racional.

Na área da saúde são poucas as instituições que incentivam os profissionais a melhorarem a sua produtividade, enquanto na área industrial são inúmeros os casos de empresas que remuneram melhor os profissionais que apresentam uma melhor produtividade.

Os profissionais e estudantes devem ser avaliados pela sua produtividade e incentivados a participar ativamente do processo de administração dos custos dos seus setores. É necessário o comprometimento de todos para melhorar o gerenciamento dos recursos e o desempenho do hospital.

Conforme dados apresentados na tabela 5, 100% dos profissionais pesquisados querem participar da administração dos seus setores.

Sugere-se que os futuros profissionais sejam orientados adequadamente, a fim de conseguirem administrar os seus serviços de forma racional. É preciso também incentivar a criatividade, como também atrelar a sua remuneração à medida do seu desempenho.

O sistema de controle na instituição deve ser contínuo e de forma organizada para que cada profissional saiba com clareza os objetivos da organização, as estratégias e a política orçamentária.

Um acompanhamento dos custos por parte dos profissionais envolvidos tende a funcionar como um instrumento de racionalização e, conseqüentemente, na obtenção de melhores resultados. Para isso é necessário que as informações financeiras sejam repassadas.

A gestão dos recursos físicos, apesar de ser um tema novo na área hospitalar, é preciso que os profissionais e estudantes sejam orientados sobre a sua importância, pois está diretamente relacionados aos custos operacionais.

A clientela está cada vez mais exigindo um novo estilo de gestão, a gestão pela melhoria da qualidade, com enfoque no atendimento dos clientes, no conhecimento da concorrência e na redução de custos.

Segundo MEZOMO (1995), um dos pontos fundamentais da filosofia da qualidade é a luta contra os desperdícios e através do seu controle um hospital consegue sobreviver e alcançar o lucro tão almejado.

As respostas fornecidas pelos entrevistados, conforme tabela 9, mostrou que mais de 90% dos profissionais não possuem conhecimentos suficientes sobre finanças e as suas ações pouco contribuem para melhorar os resultados atingidos pela instituição.

Em virtude dos profissionais não receberem nenhum incentivo para supervisionarem os alunos, alguns profissionais não demonstram interesse em ensinar os alunos, conforme dados apresentados na tabela 15.

A partir do momento em que os profissionais e estudantes receberem um treinamento e uma melhor orientação sobre os recursos do hospital, provavelmente poderão participar mais ativamente da administração dos seus setores.

Será preciso realizar uma investigação mais profunda para comprovar se, com um programa de treinamento voltado para suprir as necessidades dos profissionais e estudantes haveria uma melhoria no processo de ensino-aprendizagem e na administração dos recursos.

Outro ponto importante é o acompanhamento e o levantamentos dos dados durante um período, para poder ter uma análise correta dos resultados alcançados.

Analisando os dados da pesquisa de campo e o referencial teórico conclui-se que existe por parte dos profissionais e estudantes um desconhecimento sobre os aspectos da economia na saúde e sobre as mudanças que estão acontecendo. Portanto, seria interessante que os futuros profissionais recebessem na Universidade e no Hospital as orientações necessárias para atuarem na área da saúde e conseguirem gerenciar melhor os recursos utilizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BATISTA, Antonio R. **Desafios sociais à medicina atual**. Rio de Janeiro : Revinter, 1997.
- BERWINK, Donald M. ; GODFREY, A Blanton ; ROESSNER, Jane. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. São Paulo : Makron Books, 1994.
- BEULKE, Rolando ; BERTÓ, José D. **Gestão de custos e resultados na saúde**. São Paulo : Saraiva, 1997.
- BIROLINI, Dario. A mão que controla a caneta. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**, fevereiro 1998.
- BITTAR, Oscar J. N. V. **Hospital qualidade e produtividade**. São Paulo : Sarvie, 1997.
- BOZZI, Marcos, F. O Sistema de custeio hospitalar. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**, agosto 1997.
- BRASIL, Sandra ; CRUZ, Angélica S. Em busca da cura paga. **Veja**, São Paulo, 22 de outubro de 1997.
- DRUCKER, Peter. **Administrando em tempos de grandes mudanças**. São Paulo : Prepress, 1995.
- _____. Uma bússola para tempos incertos. **Exame**, São Paulo, n. 7, p. 66-70, mar. 1997.
- FALCÃO, Daniela. Paciente particular salva universidades. **Folha de São Paulo**, 13 jun. 1997. p. 3-4.
- FIORA, Lúcia H. Honorários salgados. **Exame**, São Paulo, n. 16, p. 136, jul. 1997.
- GITMAN, Laurence J. **Princípios de administração financeira**. 3. ed. São Paulo : Harbra, 1994.
- GUROVITZ, Hélio. Saiba como o armazém de dados pode aumentar a produtividade. **Exame**, São Paulo, n. 8, p. 88-90, abr. 1997.
- HOSPITAL CAJURU. **Planejamento estratégico**. Curitiba, 1991.
- KOTLER, Philip. **Marketing estratégico em instituições educacionais**. São Paulo : Atlas, 1994.

- MARTINS, Ivan. Intranet. **Exame**, São Paulo, n. 17, p. 104-110, ago. 1996.
- MATARAZZO, Dante C. **Análise financeira de balanços**. São Paulo : Atlas, 1995.
- MENDES, Eugênio V. **Uma agenda para a saúde**. São Paul : Hucitec, 1996.
- MEZOMO, João.C. **Gestão da qualidade na saúde** : Princípios Básicos. São Paulo: Editorial Ung, 1995.
- MIRSHAWKA, Victor. **Hospital , fui bem atendido** : a vez do Brasil. São Paulo : Makron Books, 1994.
- MOREIRA, Assis. Saúde é um novo filão para grandes negócios. **Gazeta Mercantil**, 17 jun. 1997. p. A-13.
- MOURA, Lincoln de J. Informatizar não é comprar pacotes. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**, fev. 1998.
- MUCCHIELLI, Roger. O questionário na pesquisa psicossocial. São Paulo : Martins Fontes, 1978.
- NAKAGAWA, Masyuki. **A B C custeio baseado em atividades**. São Paulo : Atlas, 1994.
- NASSIF, Luis. Patrocinador da saúde. **Folha de São Paulo**, 18 jan. 1998. p. 2-3.
- NOGUEIRA, Luiz C.L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte : Fundação Christiano Ottoni, Escola de Engenharia da UFMG, 1996.
- PATERNIO, Dário. **A administração de materiais no Hospital**. São Paulo : Cedas, 1990.
- PISTONO, Marcos H. **Dimensões da qualidade e gestão da qualidade total em organizações médico-hospitalares**. Rio de Janeiro : Corbã, 1996.
- PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ. **Estatuto**. Curitiba : Champagnat, 1988.
- ROBLES Jr., Antônio. **Custos da qualidade uma estratégia para a competição global**. São Paulo : Atlas, 1994.
- ROCHA, Luiz F. Managed Care. **Canal Médico**, Rio de Janeiro, out. 1997.
- ROSSI, Ricardo ; CADY Blake. **Relação custo-eficácia em cirurgia**. Rio de

Janeiro : Interlivros, 1996.

SANTANNA, Carlos C. M. Financiamento do Sistema Único de Saúde. **Gazeta Mercantil**, 23 jun. 1997. p. A-3.

SCHEIDWEILER, Lourival. **Qualidade nas organizações hospitalares** : um enfoque em um Hospital Escola. Curitiba, 1996. Dissertação (Mestrado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Gestão em instituições educacionais.

SHANK, John K. ; GOVINDARAJAN Vijay. **A revolução dos custos**. Como reinventar e redefinir sua estratégia de custos para vencer em mercados crescentemente competitivos. 2. ed. Rio de Janeiro : Campos, 1997.

SPIRO, Herbert, T. **Finanças para gerentes não financeiros**. São Paulo : McGraw-Hill, Makron books, 1990.

SRIKUMAR, S. Rao. Os custos invisíveis podem matar você. **Exame**, São Paulo, n. 6, p. 52-53, mar. 1997.

TREVISANI, Paulo. Empresas começam a rever planos de saúde. **Gazeta Mercantil**, 13 ago. 1997. p. C-1.

VASSALLO, Cláudia. Por que os preços cobrados pelos hospitais brasileiros são tão altos. **Exame**, São Paulo, n. 10, p. 84-96, maio 1997.

VILARDAGA, Vicente. Rotatividade rende lucro aos hospitais. **Gazeta Mercantil**, 3-4-5 out. 1997. p. C-1.

ANEXO

QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS

1- Você é a favor da participação dos profissionais na decisão sobre a administração dos custos dos seus setores ?

2- Os recursos que estão disponíveis para a realização do seu trabalho são satisfatórios ?

3- Os profissionais conhecem a realidade sobre os custos da instituição?

4- Os profissionais tem como ajudar o hospital a evitar os desperdícios ?

QUESTIONÁRIO- APLICADO AOS ESTUDANTES.

1-Você recebeu alguma orientação sobre a maneira correta de utilizar os recursos da instituição ? (Materiais , medicamentos , roupas , prontuário médico e fichas de atendimento?

2- Você recebeu alguma orientação sobre o que significa os custos hospitalares para a saúde financeira da instituição?

3- Os profissionais que supervisionam o estágio , demonstram motivação e empenho em ensinar os alunos?

4- O futuro profissional necessita preocupar-se com os custos onde exerce suas atividades?

5- Os estudantes tem como auxiliar o hospital a evitar os desperdícios?
