

MODELO DA GESTÃO FINANCEIRA EM HOSPITAIS PRIVADOS DE
PEQUENO E MÉDIO PORTE DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO: UMA
ANÁLISE FOCADA NA VISÃO DOS GESTORES

Marco Antonio Veiga de Almeida

Projeto de Mestrado em
Gestão de Empresas

Orientador:

Professor Doutor Gustavo Alberto Guerreiro Seabra Leitão Cardoso, Prof. Auxiliar do
Departamento de Ciências e Tecnologias da Informação (DCTI), do ISCTE Business School

Julho de 2009

Marco Antonio Veiga de Almeida

**MODELO DA GESTÃO FINANCEIRA EM HOSPITAIS PRIVADOS DE
PEQUENO E MÉDIO PORTE DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO:
UMA ANÁLISE FOCADA NA VISÃO DOS GESTORES**

Dissertação submetida à apreciação do Programa de Mestrado em Gestão de Empresas do convênio FGV e ISCTE, para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Empresas.

BANCA EXAMINADORA:

Orientador: Professor Doutor Gustavo Alberto Guerreiro Seabra Leitão Cardoso - ISCTE

Membro:

Membro:

Julho de 2009

**MODELO DA GESTÃO FINANCEIRA EM HOSPITAIS PRIVADOS DE PEQUENO E MÉDIO PORTE
DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO: UMA ANÁLISE FOCADA NA VISÃO DOS GESTORES**

Marco Antonio Veiga de Almeida

À Anna.

**A imaginação é mais
importante do que o
conhecimento.**

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que me orientaram ao bom caminho, apresentaram as verdadeiras virtudes e mostraram os horizontes da vida...

A minha esposa que sempre está a meu lado...

Aos meus filhos...

A você Dani, que segue a passos largos seu destino e muitas vezes me faz sentir mais jovem...

Aos amigos de sempre, astro de meu firmamento...

Aos colegas de tantas salas de aula que sempre compartilharam conhecimentos...

Aos professores, que de forma amiga infundem o conhecimento e o desejo de buscar sempre mais...

Aos amigos deste mestrado, que partilharam alegrias em meio a tanta disputa pelo saber...

A todos, que de forma direta e indireta forjaram meu ser...

A professora Carla, incansável mantenedora da motivação de todos nós...

A Mariana e a Georgina, que sempre foram o ombro amigo para solução de todas as dificuldades...

Ao mestre Gustavo Cardoso, meu orientador, que sempre soube ajustar meu rumo com paciência e sabedoria...

A todos os mestres do ISCTE, que de forma voluntária e especial souberam me fazer entender, apreciar e agora aplicar os conhecimentos da gestão em sua plenitude, me fizeram compreender não haver limites, me fizeram enfrentá-los sem receio...

A todos, minha eterna gratidão.

RESUMO

A cidade do Rio de Janeiro possui 6 milhões de habitantes em 1.182 Km², tendo 5.958 leitos em 157 hospitais gerais privados com internação. O número de estabelecimentos hospitalares de pequeno e médio porte é de grande importância para a economia e, por sua abrangência, de grande importância no atendimento da saúde privada. São objetivos deste estudo: conhecer a visão gerencial dos gestores e suas diferenças; investigar os sistemas de gestão financeira utilizados nos hospitais de pequeno e médio porte; descrever as similaridades dos sistemas de gestão financeira utilizados pelos hospitais privados de pequeno e médio porte na cidade do Rio de Janeiro e comparar as rotinas gerenciais e investigar as diferentes realidades econômicas da saúde privada evidenciando comparativos entre os hospitais. Após entrevistar 23 gestores, os resultados apontam que, na amostra estudada, os gestores apresentam baixo desempenho nos quesitos Responsabilidade Financeira, Autonomia Gerencial e Instrumentos de Controle. Assim, sugere-se um processo de intervenção propiciando um melhor desempenho dos gestores bem como dos hospitais. Tais fatos apontam para um futuro incerto dos hospitais de pequeno e médio porte diante das dificuldades encontradas, como a dependência dos convênios. Os resultados aqui encontrados se assemelham em parte aos achados de Chacon (2005), embora as realidades avaliadas sejam distintas. Deve-se ressaltar principalmente a convergência dos gestores mesmo com formação, tempo de experiência e idade diferentes, mostrando que os problemas encontrados pelos gestores e suas soluções parecem similares mesmo em realidades distintas. Isto é, os gestores hospitalares não possuem percepções diferentes com relação aos conceitos e padrões da gestão econômica.

Palavras-chaves: Gestão Financeira, Gestão Hospitalar, Pequena Empresa, Média Empresa.

JEL: I11; M10

ABSTRACT

There are 6 millions habitants in the Rio de Janeiro city, at 1182 km². There are 157 Private Hospitals with 5958 in patient. The number of hospitals the small and medium business is very important to the economy, and most important for the private health. Those are the subjects of these study: Inquire the systems of financial management is used at the small and median importance hospitals, describe the similarity between those hospitals and compare the administration routines, and inquire the difference at those economy reality in the private health to become evident the comparative between the hospitals. After interview 23 medical management the results show: the goal is those managements have a very low performance at those questions: Financial responsibility, Management Autonomy, and tools to control all of these. So, the suggest a method of intervention, promising a better performance of the managements, as well as the hospitals. Those realities show an uncertain future of the small and median hospitals in front of the difficult found, like the dependence at Health Care. The study results are similar as the Chacon's founded (2005); however the reality evaluated was very different. We should show principally in spite of the differences between the management about ages, studies, formation and experience time the problems found and the solutions are similar even with realities different. That is, the medical managements don't have different feeling between an idea and a pattern of economic management.

Keywords: Financial Management, Hospital Management, Small business and Medium business.

JEL: I11; M10

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1. Considerações iniciais sobre a relevância do Tema, breve histórico	12
1.2. Relevância	14
1.3. Delimitação	14
1.4. Objetivos	15
1.5. Formulação do problema	15
<i>1.5.1. Problemas</i>	15
1.6. Hipóteses e Suposições	16
1.7. Motivações pessoais	18
2. QUADRO METODOLÓGICO DE INVESTIGAÇÃO:	19
2.1. Metodologia	19
2.2. Caracterização da população e plano amostral	20
2.3. Metodologia de coleta e análise dos dados	20
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
3.1. O Hospital	23
3.2. A Gestão	30
<i>3.2.1. Controle da Gestão</i>	34
<i>3.2.2. Informação e Controle</i>	36
4. RESULTADOS	40
4.1. Análise descritiva dos dados sócio-demográficos da Amostra	40
4.2. Responsabilidade Financeira	40

4.3. Sistemas de controle	42
4.4. Planejamento de curto prazo	44
4.5. Autonomia gerencial	46
4.6. Instrumentos de controle	48
4.7. Planejamento a médio-longo prazo	50
4.8. Motivação	52
4.9. Informações contábeis	54
4.10. Recebimento dos convênios	57
4.11. Benchmarking	58
4.12. Planejamento estratégico	60
4.13. Perfil dos gestores na amostra estudada	63
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
5.1. Conclusão	67
BIBLIOGRAFIA	70
ANEXOS	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Responsabilidade Financeira	41
Tabela 2: Sistemas de Controle	42
Tabela 3: Planejamento de Curto prazo	44
Tabela 4: Autonomia gerencial	46
Tabela 5: Instrumentos de Controle	48
Tabela 6: Planejamento a médio-longo prazo	50
Tabela 7: Motivação	52
Tabela 8: Perfil dos gestores na amostra.	64

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Estrutura administrativa hospitalar atual.	27
Figura 2: Modelo do hospital em função do fluxo do paciente (Zanom, 2001)	28
Gráfico 1: Comparação dos grupos sobre a Responsabilidade Financeira	41
Gráfico 2: Comparação dos grupos sobre Sistemas de Controle	43
Gráfico 3: Comparação dos grupos sobre Planejamento de Curto prazo	45
Gráfico 4: Comparação dos grupos sobre Autonomia gerencial	47
Gráfico 5: Comparação dos grupos sobre Instrumentos de Controle	49
Gráfico 6: Comparação dos grupos sobre Planejamento a médio-longo prazo	51
Gráfico 7: Comparação dos grupos sobre Motivação	53
Gráfico 8: Percentual das despesas que extrapolam o orçamento	54
Gráfico 9: Percentual das receitas que são arrecadadas	55
Gráfico 10: Apresentação do balanço à Direção do Hospital	56
Gráfico 11: Média de dias de atraso de recebimento dos convênios	57
Gráfico 12: Ocorrência de problemas de gestão no principal concorrente	58
Gráfico 13: Lucratividade do Hospital em relação ao mercado	59
Gráfico 14: Investimentos em modernização previstos no orçamento	60
Gráfico 15: Elaboração do orçamento anual atrelada a um plano de metas	61
Gráfico 16: Existência de planejamento estratégico	62
Gráfico 17: Horizonte do planejamento em anos	63
Gráfico 18: Componentes do Perfil dos Gestores	64

CAPÍTULO 1

1. INTRODUÇÃO

1.1. Considerações iniciais sobre a relevância do Tema, breve histórico:

Quando festejamos os duzentos anos da vinda do príncipe Regente D. João para o Brasil, também se constitui a criação das escolas médico-cirúrgicas de Salvador e do Rio de Janeiro, depois mudadas em academias e faculdades (Santos Filho, 1977). Iniciava-se a era científica da medicina brasileira, criada pelos médicos vindos com a corte de D. João, sendo estes médicos oriundos de escolas européias e dedicadas ao ensino, iniciaram trabalhos científicos baseados na realidade encontrada no novo mundo, com novas perspectivas de clima e cultura.

Os primeiros hospitais no Brasil surgem através da Igreja, as Santas Casas, que foram construídas e mantidas por meio de donativos das ricas famílias, e os hospitais militares, construídos e mantidos pelo exército, que era o principal representante do estado português, que em 1727 iniciou o funcionamento do primeiro serviço hospitalar militar do Rio de Janeiro, instalado no Morro de São Bento, e mais tarde daria origem ao Hospital Real Militar.

Os hospitais ligados a Igreja, as Santas Casas eram destinados a dar apoio a uma classe de excluídos: órfãos, mães solteiras, velhos, pobres e também aos doentes.

A partir da formação de médicos pelas novas escolas criadas, os hospitais, restritos até então aos desígnios do estado e da igreja, começam a proliferar. De início consultórios residenciais evoluindo a pequenas clínicas e, em associação de profissionais, aos hospitais privados.

Com o incentivo a imigração de mão de obra estrangeira, em substituição aos escravos, surgiram também os hospitais vinculados a comunidades estrangeiras, com destaque para as Beneficências Portuguesas, que foram criadas pelas famílias mais ricas de imigrantes,

como apoio assistencial aos recém chegados. Assim também foram criados os Hospitais da comunidade espanhola e alemã. A Beneficência Portuguesa do Rio de Janeiro surgiu em 1859.

Os hospitais, sempre administrados por médicos, eram dependentes da gestão pessoal e intuitiva de seus diretores e, até hoje em muitos casos, sem base administrativa teórica. Como os cenários encontrados eram protecionistas e o mercado assumia estes custos elevados, não houve a necessidade de gestão visando planejamento futuro, visto que, devido às altas taxas inflacionárias, o rendimento monetário independente da produção e ao controle da remuneração estabelecida pela entidade vinculada aos médicos, a Associação Médica Brasileira (AMB), que era controlada por médicos e ditava as bases de remuneração dos serviços prestados através de uma descrição dos serviços e determinando quantas unidades de valores seriam pagos por este serviço, esta era chamada de Tabela de Honorários Médicos ou simplesmente Tabela AMB, também era responsável por determinar o preço das unidades de valores, chamado de Coeficiente de Honorários (CH), que, geralmente, era elevado acima dos níveis inflacionários. Em 1995 foi estabelecido por decreto governamental, que esta prática até então utilizada era considerada um Cartel, sendo então proibida. A partir desta data os valores seriam estabelecidos entre as empresas prestadoras, os hospitais, e as seguradoras e planos de saúde. Isto favoreceu a criação da dependência dos hospitais menores, que não possuíam poder junto aos convênios e acabavam por se sujeitar a descontos nas tabelas anteriormente instituídas, ou simplesmente o congelamento das tabelas em vigor.

Os hospitais, buscando maior número de clientes, eram sub-julgados pelos ditames do mercado, independente de seus custos, que, por falta de controle e planejamento, passaram de lucrativas empresas a devedoras de títulos e impostos. Surgiram então os grandes conglomerados, que, aproveitando a vulnerabilidade do setor, criaram condições favoráveis junto aos convênios, com melhores tabelas de remuneração e, com isto, controlam hoje o mercado, deixando os hospitais de pequeno e médio porte a mercê de sua própria sorte.

Atualmente os hospitais de pequeno e médio porte na cidade do Rio de Janeiro vivem um grave período. A razão é oriunda da criação, geralmente evolução de clínicas individuais de sucesso que seguiram um trajeto evolutivo na transição do sistema puramente privado à dependência plena dos planos de saúde complementar. Com rudimentares estratégias gerenciais não podem acompanhar as mudanças criadas pela estabilização da moeda e das regras estabelecidas com o advento da ANS (Agencia Nacional de Saúde Suplementar), o fim do controle da remuneração baseada em tabelas corrigidas pela AMB (Associação Médica Brasileira) e a competitividade criada pelas grandes redes hospitalares.

No presente trabalho conduz-se uma investigação dos dados existentes na gestão financeira dos hospitais de pequeno e médio porte no setor privado e, após análise, determinam-se as semelhanças e diferenças nos modos de atuação de cada hospital, seus indicadores e seus resultados.

1.2. Relevância:

O Segmento da Saúde tem tido um peso crescente na economia, 5% da população economicamente ativa trabalha na área da Saúde (Vasallo 1997).

O hospital privado de pequeno e médio porte é pouco estudado no meio acadêmico. O número de estabelecimentos neste segmento é de grande importância para a economia e, por sua abrangência, de grande importância no atendimento da saúde privada. Este trabalho busca informações que serão utilizadas no aprimoramento da gestão financeira neste segmento do mercado.

A cidade do Rio de Janeiro possui 6 milhões de habitantes em 1.182 Km², tendo 5.958 leitos em 157 hospitais gerais privados com internação (IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

1.3. Delimitação:

Serão analisadas as áreas de abrangência deste segmento do mercado de saúde privada, seu foco de atuação, as variáveis econômicas, as diferentes margens consignadas, as dependências econômicas, a diferenciação no atendimento personalizado e os indicadores financeiros.

Nesse intuito, no presente estudo busca-se compreender os modelos da gestão financeira em hospitais gerais essencialmente privados de pequeno e médio porte da cidade do Rio de Janeiro, na visão dos seus gestores. Para tanto, delimitou-se a amostra a 23 entrevistados, gestores de hospitais gerais privados de pequeno e médio porte da cidade do Rio de Janeiro. Segundo Associação dos Hospitais da cidade do Rio de Janeiro (AHCRJ), existem 171 clínicas e hospitais associados, sendo 54 apenas com atendimentos ambulatoriais, 117 possuem internação e 108 possuem menos de 150 leitos. A análise foi feita excluindo-se hospitais que estivessem ligados ao atendimento do serviço público, mesmo que particulares,

os hospitais de especialidades, hospitais filantrópicos e aqueles administrados por planos de saúde.

1.4. Objetivos:

O presente trabalho comporta três objetivos principais:

- 1- Investigar a visão (percepção) dos gestores na gestão financeira utilizada nos hospitais gerais de pequeno e médio porte;
- 2- Descrever as similaridades na percepção da gestão financeira utilizada pelos hospitais gerais privados de pequeno e médio porte na cidade do Rio de Janeiro;
- 3- Comparar a percepção das rotinas gerenciais e investigar as diferentes realidades econômicas da saúde privada evidenciando comparativos entre os hospitais.

1.5. Formulação do problema:

Neste trabalho busca-se compreender a visão dos gestores dos hospitais de pequeno e médio porte da cidade do Rio de Janeiro nos dias de hoje, como aplicam seus recursos, como estão baseadas suas estratégias, o grau de profundidade do planejamento, o uso de sistemas de controle, o grau de dependência dos planos de saúde e as medidas tomadas de médio e longo prazo que determinam seus planos de ação e os seus modelos de gestão.

1.5.1. Problemas:

- 1- Existe um padrão definido na percepção da gestão financeira nos hospitais gerais de pequeno e médio porte?
- 2- Existem diferentes percepções dos modelos de gestão devido a formação acadêmica do gestor hospitalar?
- 3- Como os hospitais gerais de pequeno e médio porte da rede privada convivem com os planos de saúde complementar?
- 4- Existem diferentes percepções dos modelos de gestão devido a idade do gestor hospitalar?

5- Existem diferentes percepções dos modelos de gestão devido ao tempo de experiência na função do gestor hospitalar?

6- Existem diferentes percepções dos modelos de gestão devido a função exercida pelo gestor hospitalar?

1.6. Hipóteses e Suposições:

No presente estudo de caso algumas suposições são levantadas.

Os fatores relevantes financeiros foram investigados e acredita-se haver uma similaridade na gestão dos hospitais estudados. A globalização e a intensificação do uso de planos de saúde complementar como dependência financeira na gestão da saúde privada dos hospitais, faz com que as dificuldades encontradas sejam similares.

Os hospitais de pequeno e médio porte na cidade do Rio de Janeiro vivem neste momento um grave período. A razão como citada, é oriunda da sua criação, geralmente evolução de clínicas individuais de sucesso que seguiram um trajeto evolutivo na transição do sistema puramente privado à dependência plena dos planos de saúde complementar. Com rudimentares estratégias gerenciais não conseguem acompanhar as mudanças criadas pela estabilização da moeda e das regras estabelecidas com o advento da ANS (Agencia Nacional de Saúde Suplementar, criada através da lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000), o fim do controle da remuneração baseada em tabelas corrigidas pela AMB (Associação Médica Brasileira) e a competitividade criada pelas grandes redes hospitalares.

Pelo que se apresenta, os Hospitais estudados apresentam uma característica administrativa de cunho familiar, dependente de cargos de confiança, geralmente ocupados por conhecidos ou familiares, sem a necessária capacitação técnica. Visando controle orçamentário, estes gestores restringem investimentos na área administrativa, deixando, por vezes, de conhecer a sua estrutura, investindo sem planejamento e, em muitos casos, apenas para sanar as necessidades do dia, sem nenhuma visão de futuro, tornando-se endividados e dependentes de empréstimos bancários.

Neste estudo se fez uma investigação das percepções dos gestores na gestão financeira dos hospitais de pequeno e médio porte no setor privado e, após análise detalhada, determinou-se as semelhanças e diferenças nos modos de atuação de cada gestor em seu hospital, seus indicadores e seus resultados. Nesse sentido, utilizou-se um questionário com

questões voltadas para a gestão financeira no intuito de captar a percepção dos gestores sobre a temática pesquisada.

Assim, as seguintes hipóteses foram formuladas:

1- Devido a estrutura dos hospitais de pequeno e médio porte, a percepção da gestão financeira é administrativa de cunho familiar.

2- A formação acadêmica do gestor hospitalar não influencia a percepção do modelo de gestão.

3- Os hospitais de pequeno e médio porte da rede privada são extremamente dependentes dos planos de saúde complementar.

4- A idade do gestor hospitalar não influencia a percepção do modelo de gestão.

5- O tempo de experiência na função de gestor não influencia a percepção do modelo de gestão.

6- A função exercida pelo gestor hospitalar não influencia a percepção do modelo de gestão.

O trabalho demonstra que entre os gestores há baixo desempenho na Responsabilidade financeira, com variações entre o previsto e o aplicado. A autonomia gerencial e controle são de baixa complexibilidade, a dependência direta dos convênios e a vulnerabilidade aos atrasos de repasses dos serviços é responsável direto pelo resultado operacional, também revelado entre os concorrentes diretos, segundo resultados obtidos na pesquisa.

Como avaliação das hipóteses formuladas no início dos trabalhos, o resultado obtido confirmou a visão inicial, a suposta gestão familiar, pouco planejamento de investimentos e baixa visão de futuro foi confirmada em quase todos os gestores. A dependência de planos de saúde é a realidade, assim como a vulnerabilidade às grandes redes que definem hoje o padrão de atendimento em volume pelo relacionamento direto e eficaz junto aos planos de saúde.

A suposição inicial também se confirma na visão de futuro. Em sua maioria os gestores se sentem impedidos de crescer em volume por falta de recursos de investimentos e vêem seu horizonte sem perspectivas de sucesso frente as grandes redes, o que os deixa a mercê de fusões e aquisições, ou mesmo verem seus negócios se tornarem insolventes.

Pela visão que obtemos como resultado deste estudo, é possível montar um projeto de estudo gerencial para este nicho de negócio, agrupar forças e recursos entre os participantes visando a redução do custeio em aquisições e investimentos, reduzir custos administrativos e contratação de mão de obra mais qualificada de segundo escalão que poderia ser rateada com aproveitamento em grupos de 3 ou 4 hospitais, mas esta é uma idéia que foge do escopo deste trabalho e deverá ser explorada por uma sequência deste estudo.

1.7. Motivações pessoais:

O trabalho em uma clínica de apoio diagnóstico demonstra ao autor as necessidades do controle de gestão, das necessidades de uma estrutura administrativa de pequeno porte se adequar aos conceitos imputados pelo mercado altamente competitivo, que não difere o porte do negócio, apenas a competição visando o crescimento e a longevidade. Analisando a crise no setor hospitalar deste específico segmento, o autor apresentou o projeto para conhecer o perfil dos gestores, suas idéias e conceitos, as ferramentas utilizadas, o conhecimento do negócio e o nível de planejamento utilizado.

CAPÍTULO 2

2. QUADRO METODOLÓGICO DE INVESTIGAÇÃO:

2.1. Metodologia:

A classificação aplicada no desenvolvimento da pesquisa terá como base a taxionomia proposta por Vergara (2007), quanto ao tipo de pesquisa em dois critérios básicos, quanto aos meios e ao fim:

Quanto ao meio, trata-se de uma pesquisa descritiva, pois vamos expor as similaridades encontradas na gestão financeira das empresas avaliadas;

Quanto aos fins, trata-se de uma pesquisa de campo, documental e com estudo de caso, pois acumulará conhecimento junto aos gestores dos hospitais, evidenciará os dados financeiros e buscará comparar as similaridades encontradas.

O procedimento metodológico que será aplicado na pesquisa será o método indutivo.

Quanto à operacionalização da metodologia da pesquisa, reportaremos três categorias: quanto aos objetivos, quanto aos procedimentos e quanto à abordagem do problema.

- a) quanto aos objetivos, optaremos pela pesquisa exploratória;
- b) quanto aos procedimentos pela pesquisa bibliográfica e documental;
- c) quanto à abordagem do problema, pelas pesquisas qualitativa e quantitativa.

Quanto aos meios a pesquisa será por *pesquisa de campo e estudo de caso*.

Serão formuladas entrevistas com diretores/gestores administrativos de Hospitais gerais de até 150 leitos localizados na cidade do Rio de Janeiro, detectar os pontos de maior relevância, compará-los, analisar seus planos e ações estratégicas, avaliando os resultados.

O universo da pesquisa de campo será os gestores dos hospitais de pequeno e médio porte da cidade do Rio de Janeiro, incluindo os diretores e gerentes. A amostra será definida pelo critério de acessibilidade, em razão da conveniência e da acessibilidade, bem como da relação do autor com a população, fruto de sua atuação profissional na área em estudo.

2.2. Caracterização da população e plano amostral

O universo da pesquisa de campo será os gestores dos hospitais gerais de pequeno e médio porte essencialmente particulares da cidade do Rio de Janeiro, incluindo os diretores e gerentes. A amostra foi definida pelo critério de acessibilidade, em razão da conveniência e da acessibilidade, bem como da relação do autor com a população, fruto de sua atuação profissional na área em estudo.

Para composição da amostra foram entrevistados 23 gestores de hospitais gerais de pequeno e médio porte localizados no município do Rio de Janeiro.

2.3. Metodologia de coleta e análise dos dados:

O questionário utilizado continha três partes: uma parte com questões sócio-demográfica relativas a identificação do hospital e do gestor entrevistado, uma segunda parte com questões tipo lickert adaptadas de Chacon (2005) para os propósitos desta pesquisa, e uma terceira parte com questões relativas ao desempenho dos hospitais avaliados.

O questionário na íntegra foi avaliado por três especialistas em gestão hospitalar e considerados adequados para os propósitos da pesquisa.

Foram utilizadas estatística descritiva (média, desvio-padrão, frequência e porcentagem) e não-paramétrica (Teste U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Teste de Friedman e Teste G) com nível de significância adotado de $p < 0,05$. A estatística não-paramétrica foi utilizada para comparar o desempenho dos entrevistados nos itens do questionário de acordo com as seguintes classificações: formação, idade, tempo na função.

O teste de Mann-Whitney é uma alternativa ao teste t de Student para comparação de dois grupos, cuja única exigência é que os dados pertençam ao nível ordinal, já a análise da variância de Kruskal-Wallis é uma alternativa à ANOVA para comparação de mais de grupos, e pode ser usada para comparar várias amostras independentes desde que os dados sejam de,

no mínimo, nível ordinal (Levin, 1987). Já o Teste G é um teste não-paramétrico semelhante em todos os seus aspectos ao do Qui-quadrado, e os escores devem ser mensurados em nível nominal ou ordinal e as amostras podem apresentar duas ou mais categorias dispostas em tabelas de contingência, sendo alternativa ao teste Qui-quadrado quando a soma das frequências é inferior a 20 ou se estiver entre 20 a 40 e qualquer frequência esperada for menor que cinco (5) (Ayres *et al.*, 2008)

Para os testes não-paramétricos as respostas aos questionários (1 a 29) foram pontuadas de 1 a 4, sendo atribuído valor 1 a opção Discordo Totalmente e valor 4 a opção Concordo Totalmente. Com exceção as questões 2, 4, 5 e 10 que devido ao sentido das perguntas o valor foi invertido. Tal procedimento também foi adotado por Chacon (2005) em seu trabalho original. Para as questões de 1 a 29, 31, 35 (segunda parte) e 38 (segunda parte) foram utilizados os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis conforme o caso. Já nas questões 30, 33, 34, 36, 37, 38 (primeira parte) e 40 utilizou-se o Teste G.

Por fim, para comparar o desempenho nos diferentes componentes da Gestão Financeira (itens de 1 a 29), a saber: Responsabilidade Financeira (itens 1 a 2), Sistema de Controle (itens 3 a 8), Planejamento de Curto Prazo (itens 9 a 16), Autonomia Gerencial (itens 17), Instrumentos de Controle (itens 18 a 22), Planejamento a médio-longo prazo (itens 23 a 27) e Motivação (itens 28 a 29); utilizou-se a dupla análise de variância por postos também conhecida por X^2 de Friedman (ou Teste de Friedman) que constitui uma prova não-paramétrica que permite testar diferenças numa mesma amostra de respondentes que tenham sido mensurados sob, pelo menos, duas condições distintas (Levin, 1987; Ayres *et al.*, 2008).

Os dados foram processados e analisados com a utilização do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences 15.0[®] for Windows (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

CAPÍTULO 3

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Até início dos anos 60, parte dos hospitais brasileiros era gerenciada pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP). Neste período ocorreram importantes modificações no sistema previdenciário, com a incorporação dos vários IAP em uma única estrutura subordinada ao Governo Federal - o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A esta época imaginava-se que não haveria futuro aos hospitais privados devido à estatização da saúde. Porém, a necessidade crescente pelos serviços hospitalares e a sofisticação de técnicas e equipamentos, decorrente da adoção do modelo americano de atendimento, com altos custos de investigação e tratamento em detrimento das práticas simples, mais familiares e de menor custo, causaram dificuldades gerenciais ao sistema público de assistência médica, vinculada ao INPS. Buscando uma solução a este problema, vários serviços de atendimento, antes exercidos pelos hospitais públicos foram privatizados, admitindo-se que a iniciativa privada iria suprir a assistência médica de modo mais econômico aos cofres públicos. Linhas de crédito foram criadas, com incentivos e empréstimos subsidiados, para que a iniciativa privada assumisse a tarefa de prestar serviços ao sistema público mediante remuneração.

Essa forma de acordo na prestação de serviços subsidiados favoreceu o desenvolvimento dos hospitais privados, seja pelo crédito estatal, seja pelo investimento de classes e da igreja.

Nos países desenvolvidos os modelos são mais diversificados, dada a maior complexidade das relações “paciente-prestador-provedor”. Espigares (1999) classifica a associação paciente-prestador-provedor em sete tipos básicos: pagamento direto, seguro voluntário por reembolso, seguro voluntário por contrato com prestadores, seguro voluntário

integrado, seguro público de reembolso, seguro público por contrato com prestadores, seguro público integrado.

O primeiro tipo é a relação mais simples: pagamento direto do paciente ao prestador do serviço. No seguro voluntário por reembolso, o paciente escolhe o prestador (um médico, uma clínica ou um hospital) e o provedor privado (uma seguradora), pagando diretamente ao prestador pelo serviço prestado e sendo reembolsado posteriormente pela seguradora da qual é associado. Nesse modelo, o paciente não é incentivado a conter gastos, apesar de depender de sua capacidade econômica para adquirir o seguro; ademais, tanto as seguradoras quanto os prestadores de serviço competem pelo paciente.

O seguro voluntário por contrato com prestadores privados restringe a eleição do paciente aos prestadores contratados pela seguradora para oferecer serviços gratuitos aos associados. O paciente não escolhe e não paga ao prestador, que é contratado e pago pela seguradora. Os prestadores são pagos por capitação ou por ato médico, havendo forte controle de gastos pelas companhias seguradoras, uma vez que elas determinam quem pode atender, quanto vai pagar pelos atendimentos e os tipos de atendimentos que são prestados.

3.1. O Hospital:

Os hospitais são organizações estruturadas e equipadas para atender doentes em diferentes níveis de complexidade. A origem da palavra “hospital” é latina e está relacionada ao conceito de hóspede ou hospedaria. A propriedade e a gestão dos hospitais podem ser públicas ou privadas.

Gonçalves (1983) relata que os primeiros hospitais conhecidos tinham apenas uma função social: a de dar abrigo aos doentes que não tinham família ou cujas famílias não podiam deles cuidar. Essa característica está relacionada ao fato de que os conhecimentos da medicina ocidental eram limitados e as possibilidades terapêuticas eram mínimas para a maioria das doenças.

No Brasil, os hospitais surgiram no período colonial com a ação catequizadora dos jesuítas, que implantaram hospitais de modelo europeu, caracterizados como instituições religiosas de cuidados aos doentes. Naquela época, o hospital era um local para abrigar pobres e isolar da população as pessoas com doenças contagiosas. As atividades dos hospitais eram executadas por pessoas interessadas em praticar boas ações, de cunho caritativo e religioso. Com o tempo, a função do hospital deixou de ter característica religiosa e passou a ser

pública, atendendo também às pessoas que não tinham condições financeiras de serem tratadas por médicos, em suas casas (Castelar, 1995).

Foucault apresentou a história do hospital, e afirmou que “o hospital que funcionava na Europa desde a Idade Média não era, de modo algum, um meio de cura, não era concebido para curar” (Foucault, 1992). Para ele, o hospital era uma instituição socialmente importante, mas não era uma instituição médica, pois a medicina não era uma prática hospitalar. O hospital médico e terapêutico surgiu somente no século XVIII. Essa transformação ocorreu por motivos econômicos e políticos. Por um lado, os hospitais militares eram locais escolhidos para empreendimento de fugas, deserções ou contrabandos. Muitos soldados fingiam estar doentes para, uma vez internados nos hospitais, fugirem ao duro regime de treinamento e trabalho militar; outros aproveitavam uma internação na chegada do mar para não passar na alfândega. Por outro lado, as doenças armazenadas nos hospitais estavam se espalhando na população, fazendo muitos outros novos doentes. Surgiu, assim, a necessidade de controlar o hospital para evitar que as doenças se espalhassem e que pacientes fugissem. A ordem imposta era de disciplinar o espaço hospitalar, com constante vigilância e registro de tudo que acontecia em seu interior.

Ao mesmo tempo, o saber médico evoluía, deixando de ter um caráter meramente de acompanhamento do doente e observação da doença, e passando a valorizar a intervenção no processo do adoecimento, graças ao entendimento de que a doença é resultado do meio e de que este precisa ser controlado e alterado para levar à cura.

A disciplina instituída no hospital e os avanços no saber médico levaram à “medicalização do hospital” e ao “hospital médico”, como parte do processo de *medicalização da sociedade*, como bem caracterizado por Foucault (1992): “A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura, e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar.”

Nesse contexto, passa a ser do médico a definição dos espaços, dietas, visitas e várias outras atribuições outrora de competência das ordens religiosas. A documentação de tudo que acontece no hospital também passa a ser obrigatória e exaustiva, servindo de informação e formação do saber médico. Ademais, o hospital passa a ter papel importante também na pesquisa e ensino da medicina.

No início do século XX, o hospital já era considerado muito importante no tratamento de doentes acometidos de males infecciosos e letais, e local privilegiado para o ensino e a prática da medicina, como previsto na reformulação sugerida pelo relatório Flexner e

implantada nessa época nos Estados Unidos. Essas são as origens do modelo de prática da medicina ocidental, que vigora ainda nos dias de hoje (Mendes, 1984).

A partir da segunda metade do século XX houve grande avanço no desenvolvimento de formas preventivas de muitas doenças contagiosas, principalmente através da vacinação. Em consequência ao surgimento desse método preventivo, a assistência à saúde dividiu-se em duas áreas: o tratamento e a prevenção. Os hospitais passaram a ser responsáveis pelo tratamento das pessoas doentes e os ambulatórios passaram a ser responsáveis pelas práticas preventivas.

Gonçalves (1983) também aponta que a evolução do conhecimento e as novas possibilidades terapêuticas surgidas ao longo dos séculos XVIII e XIX transformaram o hospital em um centro de tratamento de doentes, principalmente daqueles que precisavam de intervenções cirúrgicas, o que fez desaparecer o caráter de abrigo filantrópico. Esse autor identifica diferentes funções para o hospital:

- a internação de pacientes, as ações de natureza preventiva, a participação em programas comunitários, e, a integração no sistema de saúde. Essas funções caracterizam o hospital como uma organização complexa que necessita gerenciar inúmeras atividades-meio relacionadas aos serviços de apoio (manutenção, lavanderia, nutrição dietética, alimentação), aos recursos financeiros, aos recursos tecnológicos e materiais, ao sistema de informações e logístico, e à infra-estrutura.

- para Castelar (1995), a finalidade do hospital nos dias atuais está direcionada para uma maior resolução da doença, agilizando o diagnóstico e tratamento para reduzir a permanência de pacientes no hospital, pois, à medida que o hospital evolui tecnologicamente e recicla seus recursos humanos, aumentam consideravelmente os custos desses recursos, tornando cada vez mais inviável, do ponto de vista financeiro, internações por períodos prolongados.

Os hospitais modernos são classificados para facilitar as destinações de recursos e pacientes. Existem classificações estabelecidas de acordo com o porte, especificidade, complexidade de ações e natureza administrativa.

Quanto ao porte, os hospitais são classificados pelo número de leitos existentes, em: a) pequeno – até 50 leitos; b) médio – 51 a 150 leitos; c) grande – 151 a 500 leitos; d) extra grande – acima de 500 leitos. Essa classificação, embora bastante propagada, não incorpora aspectos relativos do porte, como área de abrangência do hospital, perfil epidemiológico da população atendida e número de outras unidades hospitalares na área (Sylvia Pinto, 1996).

Quanto à especificidade o hospital pode ser geral ou especializado. O hospital especializado é aquele que se destina ao atendimento de uma ou mais especialidades ou de um grupo específico de patologias, como ocorre com as maternidades, os hospitais psiquiátricos e os hospitais ortopédicos. O hospital geral atende pacientes em todas as patologias, incluindo, necessariamente, as especialidades básicas de ginecologia e obstetrícia, de pediatria, de clínica médica e de cirurgia, podendo ter uma ou mais das demais especialidades. O hospital geral pode atender grupos etários específicos, como os hospitais infantis, ou apenas uma determinada comunidade ou categoria, como o hospital militar.

É desejável que o hospital geral possua serviços de apoio clínico, como análises clínicas, anatomia patológica, radiologia, anestesia, banco de sangue, eletrocardiograma, eletroencefalograma e radioterapia.

A complexidade das ações de saúde está relacionada com os procedimentos, as tecnologias e a especialização dos recursos humanos do hospital. A classificação em baixa, média e alta complexidade de ações é bastante discutida, não havendo ainda um critério objetivo de inclusão dos hospitais nessas categorias.

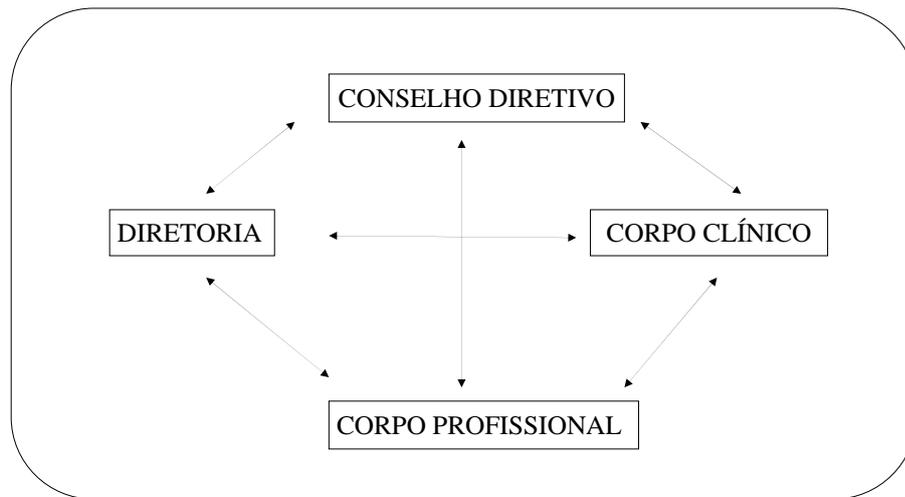
Quanto à natureza administrativa, os hospitais são classificados como públicos ou privados. Os públicos são mantidos exclusivamente pelo Estado, em qualquer nível de Governo (federal, estadual ou municipal) e os privados são mantidos por recursos oriundos dos pagamentos feitos pelos seus clientes diretamente ou através de outras fontes provedoras, como seguradoras, cooperativas ou instituições filantrópicas.

O hospital é uma organização muito complexa, em decorrência das características do seu objeto de trabalho (o doente) e da sua história (de instituição social e humanitária); sua estrutura é altamente burocratizada e autoritária, herança da disciplina estabelecida pelos militares no século XVIII, e apresenta elevada divisão de trabalho especializado, reflexo da influência da formação médica do século XX. Para atingir suas finalidades, o hospital emprega pessoas de formações diferentes, com qualificações e habilidades diversas, que se agregam em núcleos de trabalho muito especializados e que precisam estar coordenadas em suas atividades, uma vez que o trabalho do hospital é mutuamente complementar e interdependente. A gestão é muito dividida e dependente da estrutura e da sua natureza administrativa.

Gonçalves (1983) traça o modelo básico da estrutura hospitalar que é marcada pela visão administrativa e organizada de acordo com a função dos recursos humanos de cada área de atividade. A Diretoria é a área responsável pelo andamento das questões financeiras e administrativas no hospital, além da condução das questões legais e técnicas. O Corpo Clínico

é o conjunto de profissionais de medicina responsáveis pelo atendimento médico do hospital. Essa área é chefiada por um diretor clínico que tem a responsabilidade de organizá-la e vigiar seu funcionamento correto. O Corpo Profissional é constituído de profissionais não-médicos que atuam diretamente com o paciente, como são os fisioterapeutas, os assistentes sociais, a equipe de enfermagem, e outros profissionais que dão suporte ao trabalho médico, como os almoxarifes, farmacêuticos, recepcionistas, cozinheiros e camareiros (Gonçalves, 1983).

Figura 1: Estrutura administrativa hospitalar atual.



A diretoria é escolhida pelo(s) seu(s) proprietário(s), ou é feita pelo próprio. Os médicos, enfermeiros, auxiliares e demais funcionários trabalham por contrato ou como autônomo, mediante seleção ou indicação. Os serviços de apoio, infra-estrutura e serviços auxiliares de diagnose e terapia nos hospitais privados podem ser gerenciados independentemente, por empresas contratadas, localizadas ou não no próprio hospital. As compras de materiais, medicamentos e serviços são decididas pela Diretoria do hospital.

Considerando os hospitais privados, médicos, enfermeiros, auxiliares e demais funcionários trabalham baseados em contratos ou como autônomos, mediante seleção ou indicação.

Os serviços de apoio, de infra-estrutura e de serviços auxiliares de diagnose e terapia podem ser gerenciados independentemente seja por empresas contratadas, instaladas ou não no próprio hospital. As compras de materiais, medicamentos e serviços são decididas pela diretoria do hospital.

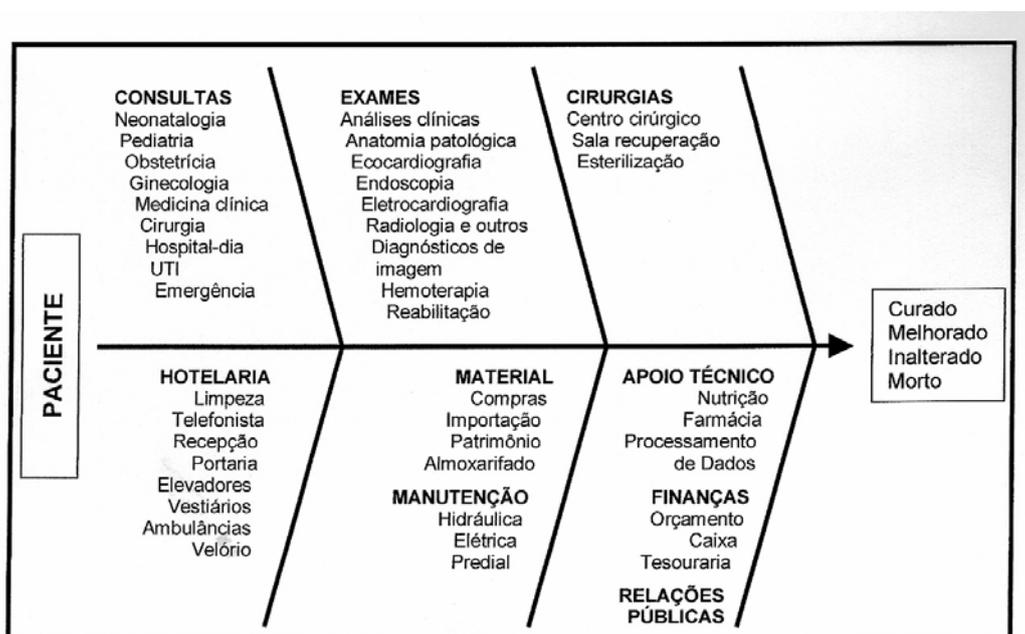
A análise do hospital apenas sob o ponto de vista de sua estrutura administrativa não é suficiente para avaliar todos os seus aspectos. De especial interesse para esta tese são os modelos de Silva (2001) e Zanom (2001).

Silva (2001) modela o hospital a partir das variáveis utilizadas no Programa Nacional de Avaliação Hospitalar (PNASH), que foram agrupadas em cinco funções:

- “atividades de apoio ao atendimento”, relacionadas à limpeza, à roupa, à alimentação e ao almoxarifado;
- “atividades de manutenção da infra-estrutura”, referentes a indicações visuais, à caixa d’água, geradores e à sala de espera;
- “atividades associadas à qualidade do processo”, as que indicam a existência de comissões de óbitos, de infecção e de prontuários;
- “atividades dos serviços auxiliares de diagnose e terapia”, representadas pelos serviços de patologia e de sangue;
- “atividades de suporte para assistência médica ao doente”, relativas aos equipamentos, aos prontuários, à farmácia, ao centro cirúrgico e à Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Zanom (2001) modela o hospital em função do fluxo do paciente no hospital. As atividades do hospital são agrupadas em atividades administrativas e atividades médico-assistenciais, como ilustrado na figura 2. Tais atividades interagem no tratamento do paciente visando sua alta hospitalar.

Figura 2: Modelo do hospital em função do fluxo do paciente (Zanom, 2001)



A variedade de atividades demonstra a complexibilidade da estrutura hospitalar. O trabalho do médico por si só, já é complexo, dada a diversidade de ações por ele desenvolvidas, a saber: consulta ambulatorial, solicitação e avaliação de exames, realização de pequenos procedimentos ambulatoriais, internações e cirurgias. Acrescente-se a esta diversidade, as várias possibilidades de especialidades médicas disponíveis, serviços de diagnóstico, de laboratório e exames para estas especialidades, almoxarifados e farmácias equipados para suprir as necessidades da estrutura em funcionamento, um sistema de recebimento e encaminhamento de pacientes – referência e contra referência – para casos específicos, as formas de financiamento dos serviços hospitalares, e variações de morbidade e cultura locais.

O desempenho organizacional é avaliado, que transformou o processo de trabalho e de gestão nas empresas privadas, ganhou importância ao longo do século XX. Em um primeiro momento, buscou-se reduzir os custos, com a máxima utilização dos recursos; em seguida, enfatizou-se a preocupação com a qualidade no processo.

As avaliações na área da saúde têm se voltado, também, para os aspectos econômicos do setor. Dentre as propostas com esse enfoque, destaca-se a de Espigares (1999), que estruturou a avaliação hospitalar na análise de quatro fases do processo produtivo: i) a alocação dos insumos (recursos humanos, materiais e financeiros), ii) a geração de produtos intermediários (leitos disponibilizados, alimentação oferecida, exames disponíveis), iii) a obtenção de produtos finais (a exemplo de partos e de tratamento de pneumonia ou de infarto), e, iv) a produção de resultados (melhora dos níveis de saúde). A avaliação de estrutura tem semelhanças com alocação de insumos e geração de produtos intermediários; a avaliação de processo com obtenção de produtos finais; e a avaliação de impacto com a produção de resultados.

Para que um hospital seja avaliado quanto à sua eficácia é preciso existir metas estabelecidas, como, por exemplo, metas de produtividade, de padrões de saúde e de arrecadação.

Por sua vez, o critério de eficiência é básico e indispensável, pois, para ser eficaz, efetiva e relevante, a instituição deve ser capaz de produzir o máximo possível com o mínimo de custo, energia e tempo. Note-se que Espigares (1999) considera eficiência para hospitais nos mesmos termos que Sander (1995) para educação.

A eficiência econômica pode ser decomposta em duas componentes: a eficiência produtiva e a eficiência alocativa: a primeira evita desperdícios na geração dos produtos; a

segunda otimiza a geração dos produtos dados os preços vigentes. Instituições sociais como escolas e hospitais concentram seus estudos na eficiência produtiva, buscando utilizar o mínimo de recursos para gerar a produção máxima, ou, produzir o máximo com os recursos disponíveis. Parece estar na combinação dessas duas orientações, aumento de produção e redução de custos, a mais freqüente preocupação dos gerentes de instituições de saúde, quer sejam instituições públicas ou privadas.

3.2. A Gestão

Embora haja indício que os conceitos de gestão eram utilizados há muitos séculos, foi com os trabalhos de Taylor (1960) e Fayol (1916), engenheiros, cujos trabalhos repercutem até hoje e influenciaram de forma marcante a gestão e o estudo das organizações de todo o mundo, durante mais de meio século.

O papel do médico é o de provedor dos serviços e, nesse papel ele é de importância central quando o assunto é melhoria da qualidade, notadamente no Brasil, onde, além da dedicação as suas atribuições como provedores de serviços de saúde e do seu papel de liderança em praticamente todos os processos que se desenvolvem nos hospitais, eles têm também as atribuições de dirigentes na maioria desses estabelecimentos. Esse último papel, o de dirigente, é um fator complicador adicional se considerarmos que a direção, na maioria das vezes, é confiada a um profissional que não é capacitado para exercer funções gerenciais.

A estrutura organizacional dos hospitais abrigam sub-culturas com peculiaridades que demarcam campos de poder que se constituem em desafios para o processo de gestão.

Define-se sub-cultura como sendo um sub setor dos membros da organização que interagem regularmente entre si, se auto-identificam como um grupo distinto dentro da organização, e rotineiramente, orientam suas ações com base no entendimento coletivo do que é melhor para o grupo (Vendemiatti, 2007).

O processo administrativo ocorre na tensão entre essas duas dimensões (sub-cultura de especialistas técnicos – médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc. – e sub-cultura administrativa). A profissionalização dos processos de gestão hospitalar também convive nesse contexto, pois, por um lado não abandona a missão da saúde e o compromisso com a superação das situações limite que envolvem a preservação da vida e, por outro, tem que lidar com a racionalização característica dos processos de gestão (Vendemiatti, 2007).

Parte-se, do pressuposto que a atuação de lideranças do campo administrativo das instituições hospitalares enfrenta desafios adicionais, se comparadas a outras organizações, visto que necessita desenvolver um processo de adesão que suplante a lógica das sub-culturas de especialistas e ao mesmo tempo atribua significado para ações que a primeira vista pareçam ser reduzidas ao controle (Vendemiatti, 2007).

Outro fator que também interfere na área de gestão da assistência médica é a existência do “terceiro pagante”, as empresas de seguro saúde. Nos hospitais, quase nunca é o usuário dos serviços médicos quem paga a conta. Ele deseja tudo o que for necessário para sua cura, independentemente do custo. A noção de “paciente informado” e é um desafio a autoridade dos médicos, os pacientes estão cada vez mais informados através da Internet e de uma gama de informações da própria mídia, conhecedores de sua própria condição médica. O papel dos meios de comunicação, se tornam mais fortes e através dos sites de busca o cliente já chega ao médico com conhecimento de sua doença e os exames necessários em sua pesquisa (Espanha, 2007). As empresas de seguro saúde desejam que lhe seja fornecido o mínimo indispensável, pelo menor custo. Os hospitais, por sua vez desejam obter os melhores preços pela maior quantidade de serviços que possam oferecer. É uma relação de total conflito de interesses entre paciente – prestador – pagador.

O tema controle de gestão tem evoluído a partir da década de 50, principalmente durante a década de 70, quando são incorporados novos conceitos, além dos indicadores financeiros tradicionais (índices de liquidez, solvência, rentabilidade etc.), que avaliam dados do passado, o controle de gestão passa a se preocupar com a continuidade da organização, utilizando os dados em um processo de análise de decisão. Os sistemas de controle baseados em sistemas contábeis deixam os dirigentes mais seguros por terem a ilusão de que tudo está sob controle, especialmente quando tais dirigentes se vêm obrigados a permanecerem afastados das operações diárias.

Um dos grandes problemas encontrados em diversos tipos de organização é quanto ao uso de medidas inadequadas ao processo de avaliação de desempenho, quer individual, setorial ou de toda a empresa. As medidas utilizadas pela contabilidade tradicional, como, por exemplo, os indicadores financeiros (índices de liquidez, solvência, rentabilidade etc.), podem, quando não reconhecidas suas limitações, implicar prejuízos irremediáveis para os diversos tomadores de decisão (internos e externos) e para toda a organização. É muito comum, por exemplo, que no desenvolvimento de um trabalho de auditoria o auditor concentre sua atenção nos dados do balanço (dados do passado), sem apresentar informações sobre a continuidade da organização (futuro).

Embora se reconheça a importância dos dados físicos e financeiros, existentes em todos os sistemas de controle organizacional, é forçoso entender que os mesmos são utilizados como meio de se reduzir o número de alternativas em um processo de análise de decisão, ou seja, a quantificação é um passo inicial em cenários muito complexos, como é o caso do ambiente organizacional. A falta de entendimento desses aspectos no desenho de um sistema de controle pode dar margem ao desenvolvimento de políticas erráticas, como, por exemplo: investir fortemente em programas de redução de custos às expensas da qualidade (não levando em conta o perfil do cliente, a posição no mercado ou as características do produto ou serviço).

Essas limitações estão ligadas à dificuldade de se dispor de modelos que permitam estruturar completamente o comportamento individual e organizacional, de identificar corretamente indicadores de controle e metas quantitativas que sejam capazes de medir o comportamento ou de medir o resultado em termos quantitativos e de utilizar essa informação ao avaliar a atuação das pessoas.

Como consequência do reconhecimento destas limitações, torna-se necessário contemplar o processo de controle com base em uma perspectiva global e desenhar um sistema de controle financeiro de forma coerente com o contexto em que ele opera, considerando-se, assim, como um dos mecanismos dos sistemas de controle de gestão e não como o próprio sistema de controle.

Todos estes problemas vistos até agora decorrem do predomínio de uma perspectiva racional e economicista de gestão administrativa que insiste em ignorar a importância das variáveis humanas e culturais no processo de controle. Além disso, os sistemas de controle baseados em sistemas contábeis deixam os dirigentes mais seguros por terem a ilusão de que tudo está sob controle, especialmente quando, dada a dimensão da organização, tais dirigentes se vem obrigados a permanecer afastados das operações diárias (Gomes, 1997).

Em decorrência da maior complexidade das organizações atuais, assim como, do maior dinamismo do contexto social, as organizações enfrentam situações de muita incerteza tanto na definição dos objetivos como no conhecimento do processo de transformação e de decisão que se tornam bastante confusos. A existência de maior incerteza supõe que as decisões e o comportamento tenham caráter pouco rotineiro e que sejam difíceis de estruturar e analisar em termos racionais e lógicos. Isto também implica que se disponha de um modelo preditivo limitado e insuficiente a respeito da relação *a priori* do resultado desejado com os recursos necessários e as decisões mais apropriadas para consegui-lo. Tudo isso tem

implicação no processo de controle ao dificulta a formação do planejamento, a avaliação do comportamento e a tomada de decisões corretivas (Gomes, 1997).

Um comportamento programado é produzido quando determinada situação pode ser analisada de forma lógica em termos de otimização do resultado desejado mercê da possibilidade de se conhecer objetivamente a relação (o modelo causal que existe) entre os recursos que se utilizam e o resultado que se obtém. Isto permite definir instruções específicas e alocar recursos para a realização das tarefas e das atividades (Gomes, 1997).

Ao contrário, uma decisão ou atividade tem caráter de não programada quando se dispõe de um limitado modelo preditivo com base no qual é difícil formalizar completamente as tarefas e os procedimentos necessários para o alcance de seu objetivo, determinar *a priori* os meios e recursos necessários e predizer qual será o resultado (Gomes, 1997).

Como exemplo mais comum podemos citar as atividades relacionadas à pesquisa e desenvolvimento de novos produtos ou serviços cujo resultado final é bastante incerto e difícil de ser previsto.

A globalização da economia mundial faz com que as atividades não programadas sejam cada vez mais importantes, embora muito mais difíceis de lidar. O reflexo desta tendência observada nos dias atuais pode ser visto, por exemplo, na menor importância atribuída às atividades industriais (tradicionalmente muito estruturadas) com respeito às atividades de serviço que já começam a predominar no cenário mundial. A dificuldade em se estruturar o comportamento individual e organizacional e de reduzi-lo a termos monetários esta ligada, em particular, a três aspectos (Gomes, 1997):

- a incerteza sobre o impacto e influência das mudanças no comportamento e no resultado;
- a influência da interação de diferentes e múltiplos aspectos organizacionais e externos (que são de difícil formalização e avaliação); e
- a margem de autonomia (caráter discricional) que sempre possuem as pessoas na forma de orientar seus comportamentos, e cuja redução mediante uma formalização rígida pode produzir efeitos disfuncionais.

Em particular, há dois aspectos relevantes relativo ao contexto social que afetam as organizações. O primeiro diz respeito à rapidez das mudanças e o segundo, à maior hostilidade competitiva que se produz em grande parte dos setores da economia. O maior dinamismo esta ligado às mudanças na tecnologia de materiais, processos e produtos; à internacionalização dos mercados e aos demais fenômenos associados (*joint ventures*, fusões e incorporações, globalização da produção, etc.); às mudanças contínuas nas necessidades e

hábitos de comportamento dos clientes; à liberalização e desregulação da atividade da administração pública; às crescentes exigências das comunidades em que se encontram imersas as organizações (Gomes, 1997).

A maior hostilidade está associada à forte concorrência que caracteriza os mercados atuais. Nestas condições, torna-se difícil prever as mudanças no contexto social e seu impacto na organização, dificultando de forma relevante o planejamento e o controle das atividades.

3.2.1. Controle da Gestão:

Henry Fayol, em sua obra *Administração industrial e geral*, partia do princípio que existem leis imutáveis que regem os sistemas de controle: prever, organizar, mandar, organizar, coordenar e controlar. Para ele o controle era visto como uma verificação de que tudo estava correndo de acordo com o plano adotado. A estrutura organizacional funcional, com o respectivo organograma sob a forma de pirâmide, ainda hoje, bastante utilizado, reflete de forma apropriada os princípios da organização militar, defendidos por ele.

Em seu trabalho, *Administração científica*, Frederic Taylor associa as idéias de Fayol à sua experiência prática, desenvolvendo sua doutrina nos trabalhos realizados na Bethlehem Steel Company. Os pontos básicos de suas idéias foram: introdução de incentivos financeiros e separação das tarefas de planejamento entre o responsável e o executor, supressão do individualismo e a espontaneidade no trabalho e, principalmente, a consideração dos sentimentos do trabalhador como dados científicos.

Holden, Fish e Smith (1941) realizaram um dos primeiros trabalhos empíricos sobre controle de gestão, em trinta e uma empresas industriais. Apresentaram como conclusão do estudo o controle como sendo uma responsabilidade primária da alta direção das empresas. Eles consideraram o controle como um processo que envolvia três elementos: (1) objetivos – determinar o que é desejado; (2) procedimentos – planejar como e quando uma tarefa é para ser realizada, organização para determinar quem é responsável e padrões para determinar o que constitui boa performance; e (3) avaliação, para determinar quão bem uma tarefa foi realizada. Para estes autores, controle de gestão era visto no sentido quase de administração por objetivos.

A concepção de perspectiva racional do controle encontra-se centrada no estudo dos sistemas de controle e, em especial, a contabilidade financeira e a contabilidade de gestão, como instrumentos explícitos e formalizados cuja implantação permite alcançar por si mesma

a eficácia e eficiência da organização. Esta perspectiva tem sua origem na escola clássica de Taylor e Fayol, que desenvolveram uma visão racional e científica da empresa e dos sistemas administrativos que tiveram uma grande influência na concepção dominante do controle.

As empresas que tem uma gestão muito centralizada e com uma limitada ênfase nos mecanismos de controle formais se baseiam em um controle *familiar* (com pessoas de muita confiança ocupando posições-chave).

A necessidade de conhecer as atividades de uma organização pode ser muito ou pouco formalizado (seu desempenho está explícito e conscientemente difundido, ou não), mas é fundamental para assegurar o estabelecimento de metas e seu cumprimento pelos seus membros, pode ser espontâneo ou não, com maior ou menor ênfase nos instrumentos de caráter financeiro. A configuração adotada dependerá das características pessoais de seus administradores, das características da organização e das características do meio externo, seus competidores e o grau de competitividade que se impõe. O controle de gestão mais utilizado tem sido o controle por resultados, basicamente financeiro. É importante possuir um conjunto de sistemas e instrumentos que promovam a atuação das pessoas envolvidas a responderem aos desafios do contexto social e competitivo, de forma oportuna e guardando coerência com as diretrizes estabelecidas. Dentro destes instrumentos, o sistema de controle e a contabilidade de gestão ocupam um lugar de destaque, devem facilitar a orientação a seguir, permitir o aperfeiçoamento contínuo e ser flexível o suficiente de modo a facilitar a adaptação às mudanças e estimular a motivação e a criatividade (Gomes, 1997).

Um aspecto interessante, observado na leitura da quase totalidade dos trabalhos, é o relativo a não inclusão das pequenas e médias empresas, no rol das organizações estudadas pelos diversos autores. É inadmissível o desconhecimento sobre a importância destes tipos de organizações em qualquer país, assim como, sobre a tendência hoje observada, no contexto das grandes corporações, de implementação de políticas de reorganização, onde a descentralização, largamente recomendada pelos gurus da administração, implica em se trabalhar cada vez mais com pequenas unidades de negócios autônomas (nos moldes das pequenas e médias empresas) (Gomes, 1997).

O que se espera encontrar nos hospitais de pequeno e médio porte estudados, é um controle de gestão baseado na utilização de mecanismos de controle informais, na liderança do gerente (normalmente o proprietário), na centralização das decisões, na delegação de autoridade baseada na amizade pessoal e no desenvolvimento de uma cultura que promova a lealdade e a confiança. Este modelo de empresa é muito condicionado às características do líder. Em função destas características, pode haver muita variedade no estilo de liderança.

Desde o líder que não se pode questionar nem criticar, até o outro que forma uma equipe e dirige a empresa com orientação para resultados e para o profissionalismo, mas sem ênfase excessiva nos mecanismos formais. O risco maior deste tipo de controle, entretanto, é que pode prevalecer a fidelidade ao líder, em detrimento da eficácia e da inovação. Além disso, a orientação obstinada à lealdade pode-se traduzir, e é o que normalmente ocorre, em desestímulo à criatividade. Para superar estas limitações, torna-se necessário a adoção de um estilo mais participativo e uma maior orientação para resultados.

3.2.2. Informação e Controle:

Ainda que uma atividade não tenha elevado grau de incerteza com relação ao contexto social, a característica ímpar do comportamento individual ou do grupo, por sofrer a influência de diferentes e múltiplos aspectos, dificulta a formalização completa dos sistemas de controle. A forma em que são tomadas as decisões (mesmo que sejam bastante formalizadas) reflete um conjunto complexo de variáveis que condicionam e dificultam a quantificação, lidando-se aqui com outro tipo de incerteza (própria da natureza humana) (Gomes, 1997).

Um exemplo claro do que se está discutindo aqui pode ser encontrado em qualquer atividade diária desenvolvida por uma pessoa, em qualquer tipo de organização. Quantos de nós já não experimentaram a frustração de ver o planejamento feito para as atividades rotineiras do dia (visitas aos clientes, chamadas telefônicas, elaboração de relatórios, etc.) ir por água abaixo, devido ao surgimento de problemas inesperados (conversa prolongada com colegas de trabalho, reuniões longas e improdutivas, doença de um familiar, etc.). Como se considera e avalia estes fatos em um sistema formalizado?

Como se pode perceber, o modelo causal é imperfeito. De fato, somente existe na cabeça dos tomadores de decisão. É incompleto, pois vai-se aperfeiçoando através da experiência e é de difícil transmissão (seguramente, os modelos que podem ter as diferentes pessoas comprometidas com a atividade não coincidem entre si) e o resultado final dependerá da pessoa envolvida na atividade ou decisão. Aqui, um superior somente pode determinar o resultado que se espera seja conseguido pela pessoa que depende dele, sem poder definir completamente o comportamento para alcançá-lo (Gomes, 1997).

De acordo com Gomes (1997), o mesmo acontece, por exemplo, em uma partida de futebol. Antes da partida o treinador pode explicar claramente a cada jogador o que ele deve

fazer, mas, uma vez em campo, surge uma infinidade de situações diferentes que determinará seu comportamento (estado físico, companheiros de equipe, árbitro, chuva, jogadores adversários, reação do público, etc.). O jogador pode seguir as instruções do treinador, pode ter jogado uma grande partida, mas devido a uma série de circunstâncias, o jogo foi ganho pelo time adversário. De outro modo, em determinados momentos, o próprio jogador pode ser motivado a fazer coisas que não deveria ter feito, mas que foram necessárias ou simplesmente aconteceram. Como se pode avaliar seu comportamento? Unicamente em função do resultado ou da estatística que resume seu jogo (número de gols, passes corretos, etc.)?

Para Gomes (1997), o exemplo acima pode ser similar ao que acontece nas organizações cujos sistemas de controle são baseados em medidas de curto prazo, como, por exemplo, vendas, lucro, volume de gastos, etc. que não comportam o resultado que esteja ligado à continuidade saudável do negócio a longo prazo.

Outro problema freqüentemente encontrado é que, normalmente, a utilização de um sistema de controle baseado em medidas físicas ou financeiras pode provocar efeitos contrários aos desejados. Por mais que se tente restringir o comportamento de uma pessoa com normas, procedimentos e sistemas de controle rígidos, haverá sempre alguns aspectos que estarão fora da formalização por serem difíceis de ser previstos (Gomes, 1997).

Da mesma forma, de acordo com Gomes (1997), a formalização de procedimentos rígidos pode reduzir a criatividade e provocar efeitos disfuncionais ao transformar um instrumento e um meio de orientação do comportamento para alcançar os objetivos organizacionais em um mecanismo coercitivo que limite a autonomia individual. Nestes casos, o sistema de controle é percebido como uma justificação para sancionar ou castigar o comportamento que acaba convertendo-se em um fim em si mesmo. O caso de organizações burocráticas pode ilustrar claramente este fato. A rigidez das normas e procedimentos limita tanto a eficácia como a criatividade.

Um exemplo clássico dos problemas decorrentes da falta de entendimento dos efeitos de utilização de sistemas de controle rígidos pode ser encontrado nas políticas de contenção de déficit público, postas em prática por vários países. Na ânsia de querer debelar os gastos excessivos, os governantes efetivam cortes indiscriminados no orçamento, principalmente o de investimentos, que, além de engessar a administração, acabam desperdiçando recursos e todo o esforço realizado anteriormente. A palavra de ordem é: “É PROIBIDO GASTAR”. Quando o correto seria, se baseada em análise de custo-benefício, “É PROIBIDO GASTAR MAL” (Gomes, 1997).

Segundo Gomes (1997), outro exemplo dos riscos envolvidos na padronização do comportamento pode ser a venda de um produto. Em teoria, a venda depende das características técnicas do produto, dos custos, dos preços, do serviço pós-venda, etc. Entretanto, para realizar uma venda o departamento comercial pode mudar sua política normal ou realizar ações que em teoria não estão descritas de forma explícita. Por exemplo, um vendedor, para assegurar uma venda, pode considerar que é necessário jantar ou tomar umas cervejas com o cliente ou tratar de mudar o programa de produção da fábrica, para antecipar a entrega do pedido. De fato, uma parte das ações que realiza dependerá de sua atitude que, em princípio, não está presente nas normas explícitas que deve cumprir (em nenhum manual está escrito que deve ir beber com os clientes). De outro modo, se o vendedor não se encontra motivado para realizar a venda e não tem interesse em ir tomar cervejas com os clientes pode atribuir a perda da venda às ações da concorrência (vendem mais barato) ou a problemas internos da empresa (o serviço não é adequado, a produção não cooperou, etc.).

Por ser um instrumento largamente utilizado na avaliação de desempenho e, normalmente associado a incentivos financeiros, os indicadores formais levam as pessoas a atuar centrando a atenção naqueles aspectos em que são avaliadas em detrimento de outros, na maior parte das vezes mais importantes, que não se encontram explicitados nos sistemas de controle (Gomes, 1997).

Um exemplo claro de disfuncionalidade é o relativo à avaliação de desempenho em algumas escolas de negócios. Em teoria, os estudos estão dirigidos ao aprendizado de técnicas administrativas que possam ser mais adequadas para a utilização nas empresas. Entretanto, devido à massificação do ensino, o indicador de controle utilizado é o exame final que requer memorização de fórmulas, teoremas e conceitos extraídos de livros textos ou apostilas. O fato de que para conseguir o diploma o estudante deve ser provado nesses exames leva-o a direcionar toda sua atenção para estes aspectos, mesmo que eles nada tenham que ver com as técnicas realmente utilizadas pelas empresas na atualidade (Gomes, 1997).

Para que o controle de gestão possa existir é necessário que se possa medir a utilização dos indicadores de controle que foram determinados, isto permitirá a facilitação do processo de decisão, do controle estratégico e da organização, a esta ferramenta chamamos de sistema de informação e controle (Gomes, 1997).

A informação pode ser não estruturada, ou seja, informal, formalizada, centrada em aspectos internos ou externos, financeira ou não financeira, histórica ou estimada. Gomes (1997) apresenta a definição de cada uma delas:

- Informação não-estruturada ou informal: baseia-se no acesso a esta informação que pode advir de diversas fontes, sejam contatos pessoais, acontecimentos ou através dos meios de comunicação, sendo a estruturação destes dados pouco ou não sistematizados. Este tipo de informação é largamente utilizado em pequenas organizações.

- Informação estruturada ou formalizada: esta é explícita, sistemática e periódica, seguindo um processo claro de recolhimento, processamento e transmissão. Como exemplos temos o sistema contábil, que segue rígidas normas na obtenção de informações e de sua divulgação.

- Informação financeira: refere-se a situação econômica, seu lucro ou prejuízo, e financeira propriamente dita, que informa a liquidez da empresa, dados estes oriundos das informações contábeis.

- Informação não financeira: refere-se aos aspectos internos, como volume produzido, tempo para a realização dos processos, índice de erros, etc. Esta informação é apresentada sob a forma qualitativa ou quantitativa.

- Informação histórica: esta se obtém com base nos dados que já aconteceram, com o estudo das informações passadas.

- Informação estimada: esta antecipa acontecimentos futuros, buscando prever fatos antes de seus acontecimentos, como exemplos, temos as previsões de produção, de venda, de expectativas de perdas, etc. (Simeone, 1997).

CAPÍTULO 4

4. RESULTADOS

4.1. Análise descritiva dos dados sócio-demográficos da Amostra

Dos 23 entrevistados, a maioria são homens (20, equivalente a 87% da amostra) e 3 mulheres (13% da amostra).

Com relação à idade, 43,4% tinham 50 anos ou menos, enquanto que 56,6% tinham mais de 50 anos de idade.

Ao considerar a área de formação observa-se que 82,6% é formada em medicina (19 indivíduos), 8,7% é formada em Administração (2 indivíduos) e também 8,7% possui outro tipo de formação.

A maioria dos entrevistados exerce a função de diretoria (87%), enquanto que 13% exercem função gerencial ou outra.

Com relação ao tempo que exerce a função, a maioria, isto é, 60,9%, exercem a função a menos de 10 anos, enquanto que 39,1% exercem a função a mais de 10 anos.

Na segunda parte do questionário, que envolve as questões 1 a 29 (Anexo I), foram avaliadas as temáticas (componentes) da gestão financeira que são apresentadas a seguir.

4.2. Responsabilidade Financeira:

As questões 1 e 2 tratam da responsabilidade financeira, e o percentual de respostas de acordo com as opções é apresentado na tabela 1.

Tabela 1: Responsabilidade Financeira

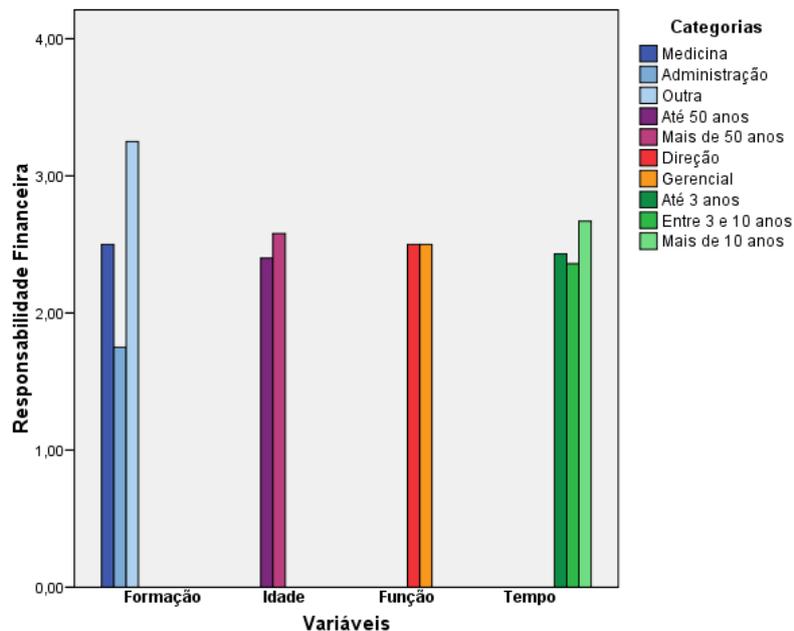
Questões	Concordo Totalmente n (%)	Concordo Parcialmente n (%)	Discordo n (%)	Discordo Totalmente n (%)
1) Os responsáveis pelas unidades hospitalares são os gestores das receitas e despesas	8 (34,8)	13 (56,5)	2 (8,7)	0 (0)
2) Há gastos extraordinários para os quais os responsáveis pelas unidades <u>não</u> tem poder de gerência	12 (52,2)	6 (26,1)	4 (17,4)	1 (4,3)

Na questão 1 a maioria dos entrevistados concorda parcialmente com a afirmação de que os responsáveis pelas unidades hospitalares são os gestores das receitas e despesas (56,5%), enquanto que 34,8% concordam totalmente. Tal fato indica que os gestores possuem uma certa responsabilidade sobre as receitas e despesas.

Já na questão 2, nota-se que tal responsabilidade foge ao controle dos gestores quando se trata de gastos extraordinários, uma vez que 78,3% dos entrevistados concordam totalmente ou parcialmente sobre esta afirmação.

Para utilização da estatística não-paramétrica obteve-se a média do desempenho dos entrevistados nos itens do questionário que versavam sobre a responsabilidade financeira de acordo com as seguintes classificações: formação, idade, tempo na função. Os resultados podem ser observados no gráfico 1.

Gráfico 1: Comparação dos grupos sobre a Responsabilidade Financeira



Para comparar as diferentes formações no que se refere a responsabilidade financeira recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis. Neste sentido, não foram encontradas diferenças significativas entre as diferentes formações ($X^2 = 5,752$; $p = 0,056$). Isto é, independente da formação do entrevistado (Medicina, Administração ou Outra formação) sua opinião sobre a responsabilidade financeira parece não divergir.

No que se refere à idade, nota-se que as diferenças encontradas entre os indivíduos com menos de 50 anos e aqueles com mais de 50 anos não são significativas quando utilizado o teste U de Mann-Whitney ($U = 56,000$; $p = 0,546$). O mesmo ocorre com a função desempenhada (Direção ou Gerencial) não havendo diferenças significativas entre as opiniões dadas ($U = 28,500$; $p = 0,888$). De forma semelhante, quando utiliza-se o teste de Kruskal-Wallis para comparar o tempo na função (até 3 anos, mais de 3 até 10 anos, mais de 10 anos) não foram encontradas diferenças significativas na forma da responsabilidade financeira ($X^2 = 0,709$; $p = 0,701$). Isto é, independente do tempo na função do entrevistado sua opinião sobre a responsabilidade financeira parece não divergir.

4.3. Sistemas de controle:

As questões 3 a 8 tratam de sistemas de controle, e o percentual de respostas de acordo com as opções são apresentadas na tabela 2.

Tabela 2: Sistemas de Controle

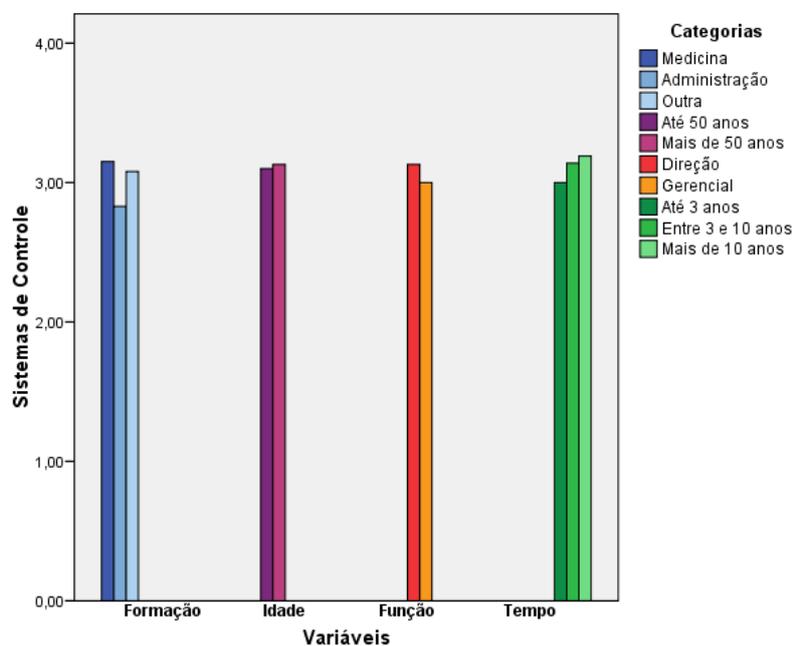
Questões	Concordo Totalmente n (%)	Concordo Parcialmente n (%)	Discordo n (%)	Discordo Totalmente n (%)
3) Os Sistemas utilizados pelo hospital identificam os recursos que são gerados através da prestação de serviços médico-hospitalares	14 (60,9)	8 (34,8)	1 (4,3)	0 (0)
4) Os Sistemas de Gestão Financeira classificam os recursos gerados considerando apenas quantidade de internação	1 (4,3)	3 (13,0)	10 (43,5)	9 (39,1)
5) Os Sistemas de Gestão Financeira classificam os recursos gerados considerando apenas altas dos pacientes	3 (13,0)	3 (13,0)	9 (39,1)	8 (34,8)
6) Os Sistemas de Gestão Financeira classificam os recursos gerados considerando quantidade de internação e altas dos pacientes	7 (30,4)	11 (47,8)	3 (13,0)	2 (8,7)
7) O hospital possui sistemas de informação gerenciais totalmente integrados	8 (34,8)	9 (39,1)	4 (17,4)	2 (8,7)
8) No sistema utilizado, as prestações de serviço são reconhecidas no momento em que houve a efetividade da prestação	7 (30,4)	10 (43,5)	5 (21,7)	1 (4,3)

Nota-se, de maneira geral, que a maioria dos entrevistados afirmam que no hospital onde atuam existe um sistema que identificam os recursos que são gerados através da prestação de serviços médico-hospitalares (60,9%), bem como os mesmos são classificados considerando um “mix” que envolve tanto a quantidade de internações como altas de pacientes (30,4% concordam totalmente e 47,8% concordam parcialmente).

Observa-se também que os hospitais possuem sistemas de informação gerenciais totalmente integrados (34,8% concordam totalmente e 39,1% concordam parcialmente) sendo a prestação de serviço reconhecida no momento em que houve a efetividade da prestação (30,4% concordam totalmente e 43,5% concordam parcialmente).

Para utilização da estatística não-paramétrica obteve-se a média do desempenho dos entrevistados nos itens do questionário que versavam sobre sistemas de controle e de acordo com as seguintes classificações: formação, idade, tempo na função. Os resultados podem ser observados no gráfico 2.

Gráfico 2: Comparação dos grupos sobre Sistemas de Controle



Para comparar as diferentes formações no que se refere aos sistemas de controle recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis. Neste sentido, não foram encontradas diferenças significativas na utilização de sistemas de controle entre as diferentes formações ($X^2 = 1,045$;

$p = 0,593$). Isto é, independente da formação do entrevistado (Medicina, Administração ou Outra formação) a utilização de sistemas de controle parece não divergir.

No que se refere à idade, nota-se que as diferenças encontradas entre os indivíduos com menos de 50 anos e aqueles com mais de 50 anos não são significativas quando utilizado o teste U de Mann-Whitney ($U = 62,000$; $p = 0,851$). O mesmo ocorre com a função desempenhada (Direção ou Gerencial) não havendo diferenças significativas entre as opiniões dadas ($U = 24,000$; $p = 0,581$). De forma semelhante, quando utiliza-se o teste de Kruskal-Wallis para comparar o tempo na função (até 3 anos, mais de 3 até 10 anos, mais de 10 anos) não foram encontradas diferenças significativas na forma da utilização de sistemas de controle ($X^2 = 0,635$; $p = 0,728$). Isto é, independente do tempo na função do entrevistado a utilização de sistemas de controle parece não divergir.

4.4. Planejamento de curto prazo:

As questões 9 a 16 tratam do planejamento de curto prazo, e o percentual de respostas de acordo com as opções são apresentadas na tabela 3.

Tabela 3: Planejamento de Curto prazo

Questões	Concordo Totalmente n (%)	Concordo Parcialmente n (%)	Discordo n (%)	Discordo Totalmente n (%)
9) Há diferença no custo dos serviços, seja ele pago à vista ou à prazo	10 (43,5)	7 (30,4)	4 (17,4)	2 (8,7)
10) Todos os custos são calculados como se fossem recebidos à vista	4 (17,4)	8 (34,8)	9 (39,1)	2 (8,7)
11) São realizados orçamentos regularmente.	13 (56,5)	6 (26,1)	4 (17,4)	0 (0)
12) Há confrontamento entre o orçamento e a execução.	10 (43,5)	8 (34,8)	3 (13,0)	1 (4,3)
13) Quando necessário os valores são retificados orçamentariamente	13 (56,5)	7 (30,4)	2 (8,7)	1 (4,3)
14) As informações das questões 11, 12 e 13 são todas processadas em um mesmo Sistema de Gestão	11 (47,8)	7 (30,4)	5 (21,7)	0 (0)
15) As informações fornecidas pelo Sistema atendem às necessidades dos <u>gestores</u> do hospital	4 (17,4)	14 (60,9)	5 (21,7)	0 (0)
16) As informações fornecidas pelo Sistema atendem às necessidades dos gerentes de cada unidade administrativa hospitalar	7 (30,4)	12 (52,2)	2 (8,7)	2 (8,7)

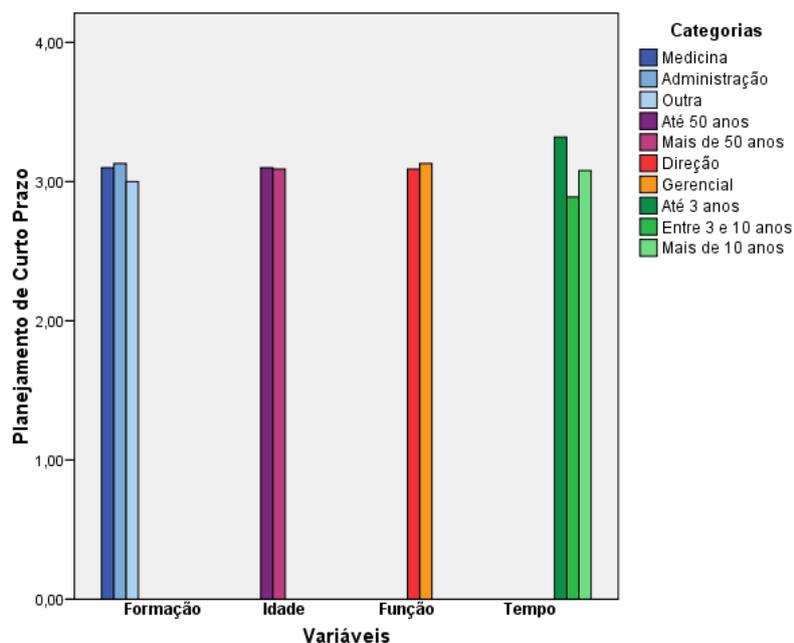
Nota-se que 43,5% dos entrevistados diferenciam os custos dos serviços, seja ele pago à vista ou a prazo. No entanto, quando argüidos se todos os custos são calculados como se fossem recebidos à vista percebe-se que 34,8% afirmam que tal pratica ocorre parcialmente e 39,1% afirmam que não ocorre, mas parcialmente. Talvez este seja um dos fatores críticos com relação ao planejamento de curto prazo e por este motivo merece atenção dos gestores.

Para 56,5% dos entrevistados os orçamentos são realizados regularmente, e 43,5% afirmam a existência de confronto entre o orçamento e a execução e quando necessário os valores são retificados orçamentariamente (56,5%). Estas informações são processadas totalmente pelo mesmo sistema de gestão em 47,8% dos casos.

No entanto, nota-se um descontentamento sobre as informações fornecidas pelo sistema de gestão, visto que 60,9% concordam parcialmente que estas atendam as necessidades dos gestores e 52,2 concordam parcialmente que estas atendam as necessidades dos gestores de cada unidade administrativa. Trata-se aqui de outro fator crítico, uma vez que os Sistemas de gestão parecem não atender completamente as necessidades dos gestores hospitalares.

Para utilização da estatística não-paramétrica obteve-se a média do desempenho dos entrevistados nos itens do questionário que versavam sobre planejamento de curto prazo e de acordo com as seguintes classificações: formação, idade, tempo na função. Os resultados podem ser observados no gráfico 3.

Gráfico 3: Comparação dos grupos sobre Planejamento de curto prazo



Para comparar as diferentes formações no que se refere ao planejamento de curto prazo recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis. Neste sentido, não foram encontradas diferenças significativas na utilização do planejamento de curto prazo entre as diferentes formações ($X^2 = 0,645$; $p = 0,724$). Isto é, independente da formação do entrevistado (Medicina, Administração ou Outra formação) a utilização do planejamento de curto prazo parece não divergir.

No que se refere à idade, nota-se que as diferenças encontradas entre os indivíduos com menos de 50 anos e aqueles com mais de 50 anos não são significativas quando utilizado o teste U de Mann-Whitney ($U = 62,500$; $p = 0,827$). O mesmo ocorre com a função desempenhada (Direção ou Gerencial) não havendo diferenças significativas entre as opiniões dadas ($U = 28,500$; $p = 0,891$). De forma semelhante, quando utiliza-se o teste de Kruskal-Wallis para comparar o tempo na função (até 3 anos, mais de 3 até 10 anos, mais de 10 anos) não foram encontradas diferenças significativas na forma da utilização do planejamento de curto prazo ($X^2 = 1,543$; $p = 0,462$). Isto é, independente do tempo na função do entrevistado a utilização do planejamento de curto prazo parece não divergir.

4.5. Autonomia gerencial:

A questão 17 trata da autonomia gerencial, e o percentual de respostas de acordo com as opções é apresentado na tabela 4.

Tabela 4: Autonomia gerencial

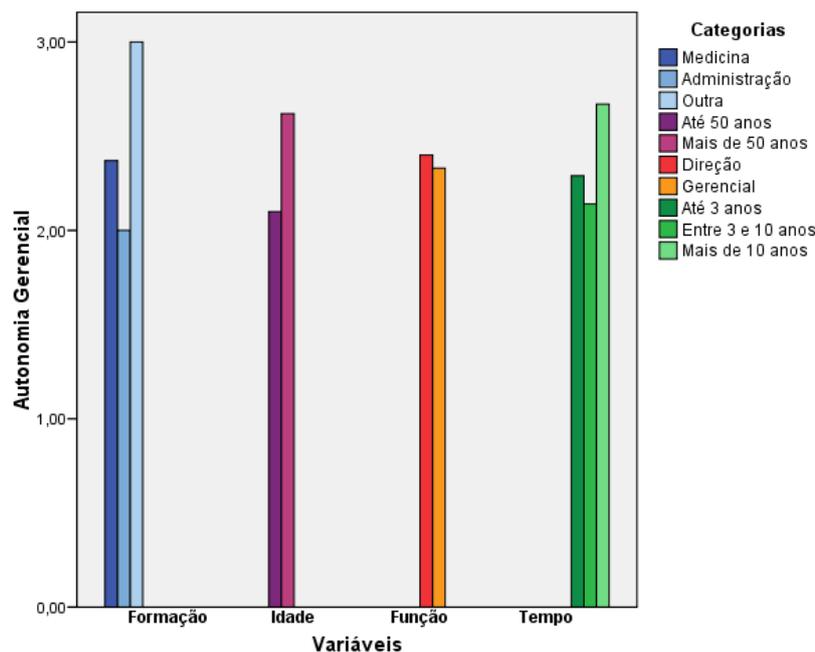
Questões	Concordo Totalmente n (%)	Concordo Parcialmente n (%)	Discordo n (%)	Discordo Totalmente n (%)
17) Os gerentes de cada setor possuem autoridade para decidir sobre os recursos da sua área?	4 (17,4)	5 (21,7)	10 (43,5)	4 (17,4)

Nota-se que 43,5% dos entrevistados discordam da afirmação de que os gerentes de cada setor possuem autoridade para decidir sobre os recursos da sua área e 17,4% discordam totalmente. Nota-se aqui outro fator crítico, cabendo ressaltar a importância da autonomia dos

gestores sobre os recursos de sua área, e por este motivo merece atenção dos gestores que tal ação não ocorra nas instituições avaliadas.

Para utilização da estatística não-paramétrica obteve-se a média do desempenho dos entrevistados nos itens do questionário que versavam sobre Autonomia gerencial e de acordo com as seguintes classificações: formação, idade, tempo na função. Os resultados podem ser observados no gráfico 4.

Gráfico 4: Comparação dos grupos sobre Autonomia gerencial



Para comparar as diferentes formações no que se refere a autonomia gerencial recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis. Neste sentido, não foram encontradas diferenças significativas na autonomia gerencial entre as diferentes formações ($X^2 = 1,544$; $p = 0,462$). Isto é, independente da formação do entrevistado (Medicina, Administração ou Outra formação) a autonomia gerencial parece não divergir.

No que se refere à idade, nota-se que as diferenças encontradas entre os indivíduos com menos de 50 anos e aqueles com mais de 50 anos não são significativas quando utilizado o teste U de Mann-Whitney ($U = 46,000$; $p = 0,214$). O mesmo ocorre com a função desempenhada (Direção ou Gerencial) não havendo diferenças significativas entre as opiniões dadas ($U = 30,000$; $p = 0,999$). De forma semelhante, quando utiliza-se o teste de Kruskal-Wallis para comparar o tempo na função (até 3 anos, mais de 3 até 10 anos, mais de 10 anos)

não foram encontradas diferenças significativas na forma da autonomia gerencial ($X^2 = 1,525$; $p = 0,467$). Isto é, independente do tempo na função do entrevistado a autonomia gerencial parece não divergir.

4.6. Instrumentos de controle:

As questões 18 a 22 tratam de instrumentos de controle, e o percentual de respostas de acordo com as opções são apresentadas na tabela 5.

Tabela 5: Instrumentos de Controle

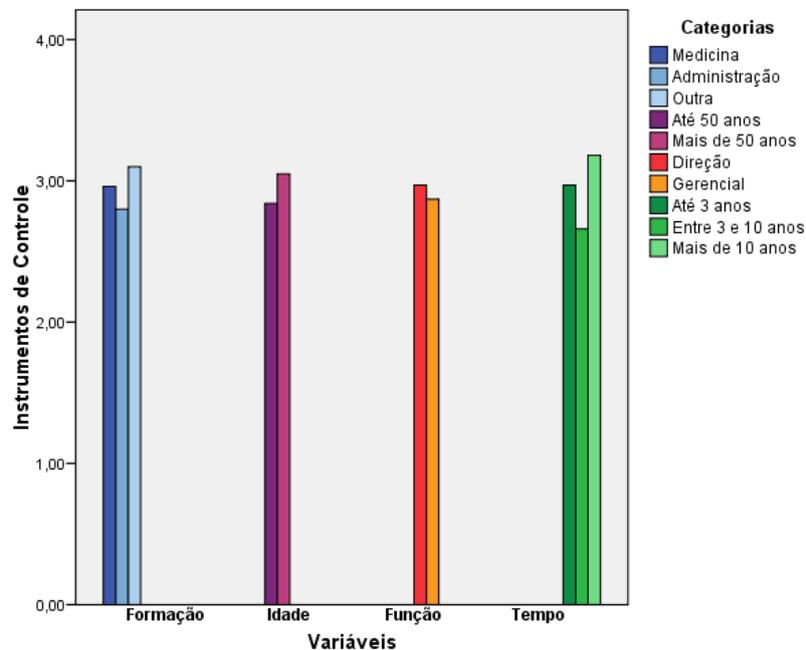
Questões	Concordo Totalmente n (%)	Concordo Parcialmente n (%)	Discordo n (%)	Discordo Totalmente n (%)
18) Os gerentes das áreas prestam contas de todos os seus atos	11 (47,8)	10 (43,5)	2 (8,7)	0 (0)
19) Há controles no hospital que identificam desvios	6 (26,1)	16 (69,6)	1 (4,3)	0 (0)
20) Os controles existentes para identificação de desvios são eficazes	2 (8,7)	17 (73,9)	3 (13,0)	1 (4,3)
21) Os controles existentes de desvios possibilitam correções	8 (34,8)	12 (52,2)	2 (8,7)	1 (4,3)
22) Todas as áreas hospitalares têm conhecimento de seu orçamento	1 (4,3)	6 (26,1)	11 (47,8)	5 (21,7)

Nota-se que 47,8% dos entrevistados afirmam que os gerentes das áreas prestam contas de todos os seus atos. No entanto, quando argüidos se há controles no hospital que identificam desvios 69,6% dos entrevistados concordam parcialmente e 73,9% concordam parcialmente que os controles existentes para identificação de desvios são eficazes. Semelhantemente, 52,2% concordam parcialmente que controles existentes de desvios possibilitam correções. E, um ponto mais crítico, 47,8% discordam que todas as áreas hospitalares têm conhecimento de seu orçamento e 21,7% discordam totalmente. Tem-se então a conjunção de controle e correção de desvios deficientes com a falta de conhecimento das áreas sobre seu orçamento.

Para utilização da estatística não-paramétrica obteve-se a média do desempenho dos entrevistados nos itens do questionário que versavam sobre Instrumentos de Controle e de

acordo com as seguintes classificações: formação, idade, tempo na função. Os resultados podem ser observados no gráfico 5.

Gráfico 5: Comparação dos grupos sobre Instrumentos de Controle



Para comparar as diferentes formações no que se refere a instrumentos de controle recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis. Neste sentido, não foram encontradas diferenças significativas na utilização de instrumentos de controle entre as diferentes formações ($X^2 = 1,203$; $p = 0,548$). Isto é, independente da formação do entrevistado (Medicina, Administração ou Outra formação) a utilização de instrumentos de controle parece não divergir.

No que se refere à idade, nota-se que as diferenças encontradas entre os indivíduos com menos de 50 anos e aqueles com mais de 50 anos não são significativas quando utilizado o teste U de Mann-Whitney ($U = 47,500$; $p = 0,266$). O mesmo ocorre com a função desempenhada (Direção ou Gerencial) não havendo diferenças significativas entre as opiniões dadas ($U = 25,000$; $p = 0,640$). De forma semelhante, quando utiliza-se o teste de Kruskal-Wallis para comparar o tempo na função (até 3 anos, mais de 3 até 10 anos, mais de 10 anos) não foram encontradas diferenças significativas na forma da utilização de instrumentos de controle ($X^2 = 5,501$; $p = 0,064$). Isto é, independente do tempo na função do entrevistado a utilização de instrumentos de controle parece não divergir.

4.7. Planejamento a médio-longo prazo:

As questões 23 a 27 tratam de planejamento a médio-longo prazo, e o percentual de respostas de acordo com as opções são apresentadas na tabela 6.

Tabela 6: Planejamento a médio-longo prazo

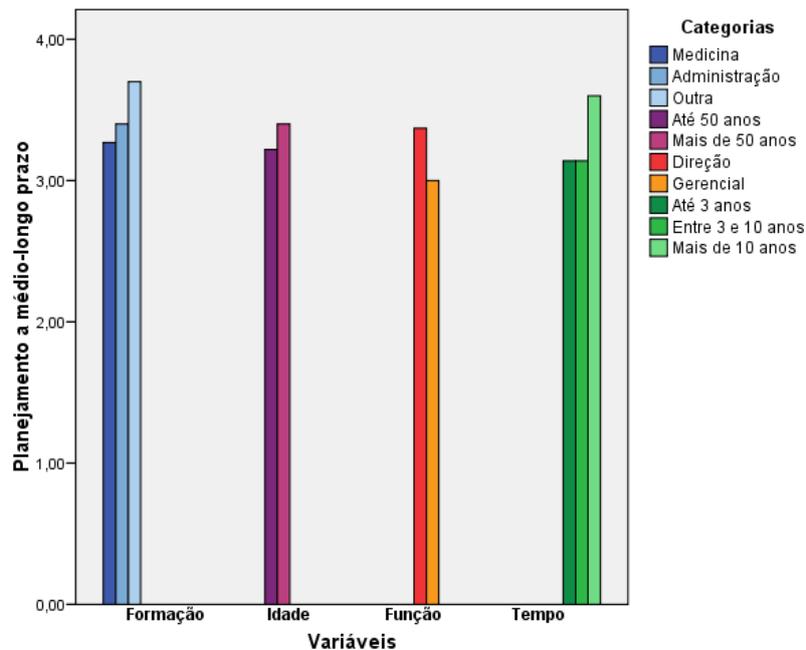
Questões	Concordo Totalmente n (%)	Concordo Parcialmente n (%)	Discordo n (%)	Discordo Totalmente n (%)
23) O orçamento de <u>todas</u> as áreas são periodicamente analisados	7 (30,4)	7 (30,4)	7 (30,4)	2 (8,7)
24) Antes da tomada de decisão os gestores das unidades hospitalares observam aspectos operacionais (como posso fazer?)	10 (43,5)	12 (52,2)	1 (4,3)	0 (0)
25) Antes da tomada de decisão os gestores das unidades hospitalares observam aspectos financeiros (quanto vai custar?)	16 (69,6)	5 (21,7)	2 (8,7)	0 (0)
26) Antes da tomada de decisão os gestores das unidades hospitalares observam aspectos econômicos (qual será o meu resultado?)	14 (60,9)	7 (30,4)	2 (8,7)	0 (0)
27) Quando um recurso é consumido é imediatamente identificado e relacionado a um determinado procedimento que resultará no pagamento pelo procedimento efetuado.	11 (47,8)	7 (30,4)	5 (21,7)	0 (0)

Com relação ao fato do orçamento de todas as áreas serem periodicamente analisados, nota-se um equilíbrio nas respostas dadas pelos gestores com 30,4% apontando que concordam totalmente, e o mesmo percentual concordando parcialmente ou discordando. Trata-se assim de um ponto crítico a questão da análise periódica do orçamento das áreas. Com relação a observância dos aspectos operacionais, 43,5% dos entrevistados concordam totalmente com esta observação e 52,2% concordam parcialmente. Já com relação aos aspectos financeiros 69,6% concordam totalmente, e 60,9% concordam totalmente quando se referem aos aspectos econômicos.

Observa-se que 47,8% concordam totalmente que quando um recurso é consumido é imediatamente identificado e relacionado a um determinado procedimento que resultará no pagamento pelo procedimento efetuado.

Para utilização da estatística não-paramétrica obteve-se a média do desempenho dos entrevistados nos itens do questionário que versavam sobre Planejamento a médio-longo prazo e de acordo com as seguintes classificações: formação, idade, tempo na função. Os resultados podem ser observados no gráfico 6.

Gráfico 6: Comparação dos grupos sobre Planejamento a médio-longo prazo



Para comparar as diferentes formações no que se refere a planejamento a médio-longo prazo recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis. Neste sentido, não foram encontradas diferenças significativas na utilização de instrumentos de controle entre as diferentes formações ($X^2 = 1,047$; $p = 0,592$). Isto é, independente da formação do entrevistado (Medicina, Administração ou Outra formação) o planejamento a médio-longo prazo parece não divergir.

No que se refere à idade, nota-se que as diferenças encontradas entre os indivíduos com menos de 50 anos e aqueles com mais de 50 anos não são significativas quando utilizado o teste U de Mann-Whitney ($U = 47,000$; $p = 0,261$). O mesmo ocorre com a função desempenhada (Direção ou Gerencial) não havendo diferenças significativas entre as opiniões dadas ($U = 20,500$; $p = 0,382$). De forma semelhante, quando utiliza-se o teste de Kruskal-Wallis para comparar o tempo na função (até 3 anos, mais de 3 até 10 anos, mais de 10 anos) não foram encontradas diferenças significativas no planejamento a médio-longo prazo ($X^2 =$

4,395; $p = 0,111$). Isto é, independente do tempo na função do entrevistado o planejamento a médio-longo prazo parece não divergir.

4.8. Motivação:

As questões 28 e 29 tratam de motivação, e o percentual de respostas de acordo com as opções são apresentadas na tabela 7.

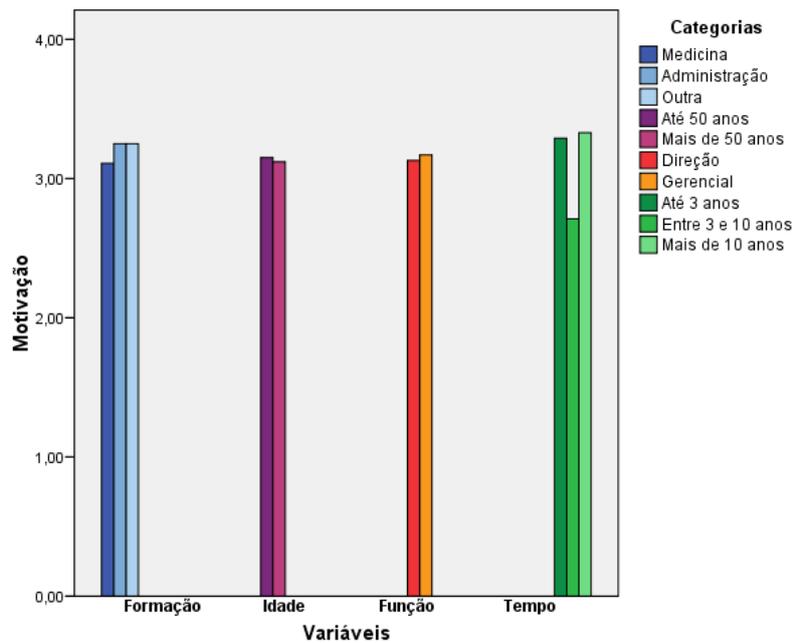
Tabela 7: Motivação

Questões	Concordo Totalmente n (%)	Concordo Parcialmente n (%)	Discordo n (%)	Discordo Totalmente n (%)
28) Os gerentes das unidades do hospital são contemplados com programas, cursos ou processos de metas que os estimulem a implementarem ações que, no futuro, vão beneficiar o hospital como um todo.	9 (39,1)	9 (39,1)	3 (13,0)	2 (8,7)
29) Quando um gestor de unidade precisa decidir sobre um determinado procedimento médico-hospitalar, essa decisão é identificada e analisada com base em um modelo que gera as informações adequadas.	8 (34,8)	11 (47,8)	4 (17,4)	0 (0)

Com relação ao fato dos gerentes das unidades do hospital serem contemplados com programas, cursos ou processos de metas que os estimulem a implementarem ações que, no futuro, vão beneficiar o hospital como um todo nota-se um equilíbrio entre as opções concordo totalmente e concordo parcialmente ambas com 39,1%. Já quando um gestor de unidade precisa decidir sobre um determinado procedimento médico-hospitalar, essa decisão é identificada e analisada com base em um modelo que gera as informações adequadas, 47,8% dos entrevistados concordam parcialmente que tal procedimento seja adotado nas unidades hospitalares.

Para utilização da estatística não-paramétrica obteve-se a média do desempenho dos entrevistados nos itens do questionário que versavam sobre Motivação e de acordo com as seguintes classificações: formação, idade, tempo na função. Os resultados podem ser observados no gráfico 7.

Gráfico 7: Comparação dos grupos sobre Motivação



Para comparar as diferentes formações no que se refere a motivação recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis. Neste sentido, não foram encontradas diferenças significativas na motivação entre as diferentes formações ($X^2 = 0,007$; $p = 0,996$). Isto é, independente da formação do entrevistado (Medicina, Administração ou Outra formação) a motivação parece não divergir.

No que se refere à idade, nota-se que as diferenças encontradas entre os indivíduos com menos de 50 anos e aqueles com mais de 50 anos não são significativas quando utilizado o teste U de Mann-Whitney ($U = 63,500$; $p = 0,922$). O mesmo ocorre com a função desempenhada (Direção ou Gerencial) não havendo diferenças significativas entre as opiniões dadas ($U = 25,500$; $p = 0,666$). De forma semelhante, quando utiliza-se o teste de Kruskal-Wallis para comparar o tempo na função (até 3 anos, mais de 3 até 10 anos, mais de 10 anos) não foram encontradas diferenças significativas na motivação ($X^2 = 2,506$; $p = 0,286$). Isto é, independente do tempo na função do entrevistado a motivação parece não divergir.

A terceira parte do questionário, que envolve as questões 30 a 40 (Anexo I), foram avaliadas segundo as temáticas que são apresentadas a seguir.

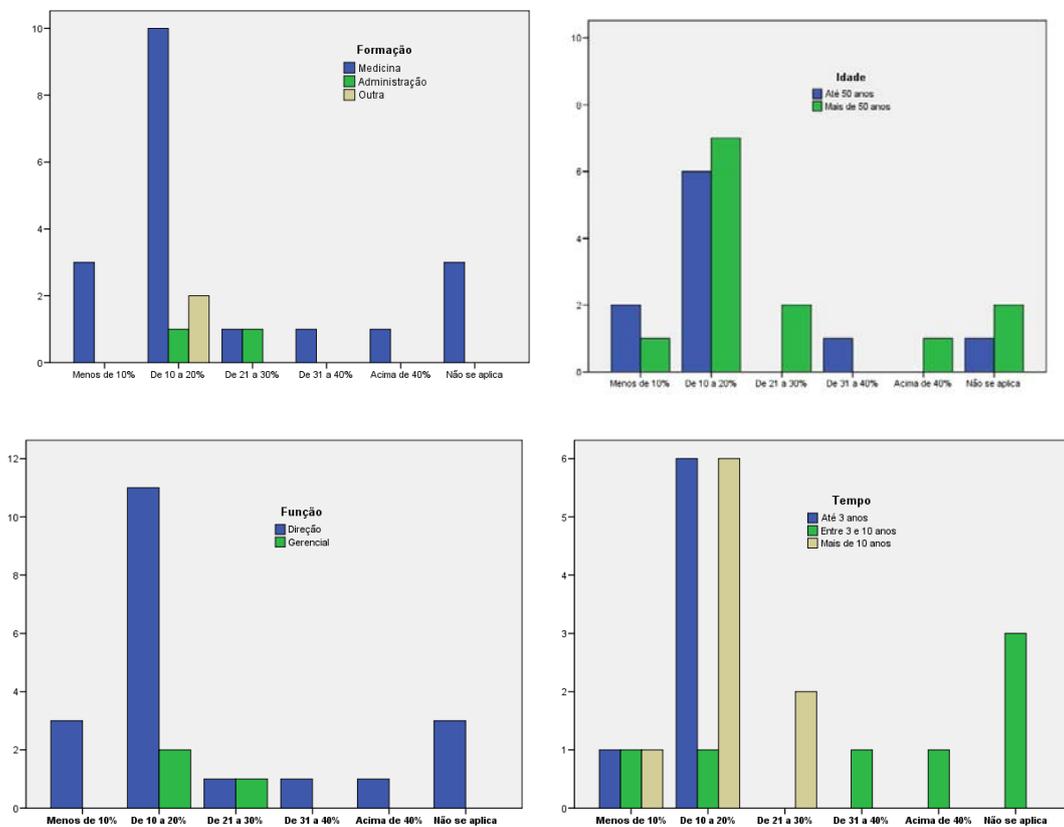
4.9. Informações contábeis:

Esta temática foi avaliada nas questões 30, 31 e 36.

A questão 30 versava sobre qual o percentual médio das despesas orçadas que anualmente extrapolam o orçamento. Neste item, 56,5% dos entrevistados afirmaram que de 10 a 20% das despesas orçadas extrapolam o orçamento.

O gráfico 8 apresenta a distribuição das respostas a questão 30 de acordo com as variáveis Formação, Idade, Função e Tempo na Função.

Gráfico 8: Percentual das despesas que extrapolam o orçamento



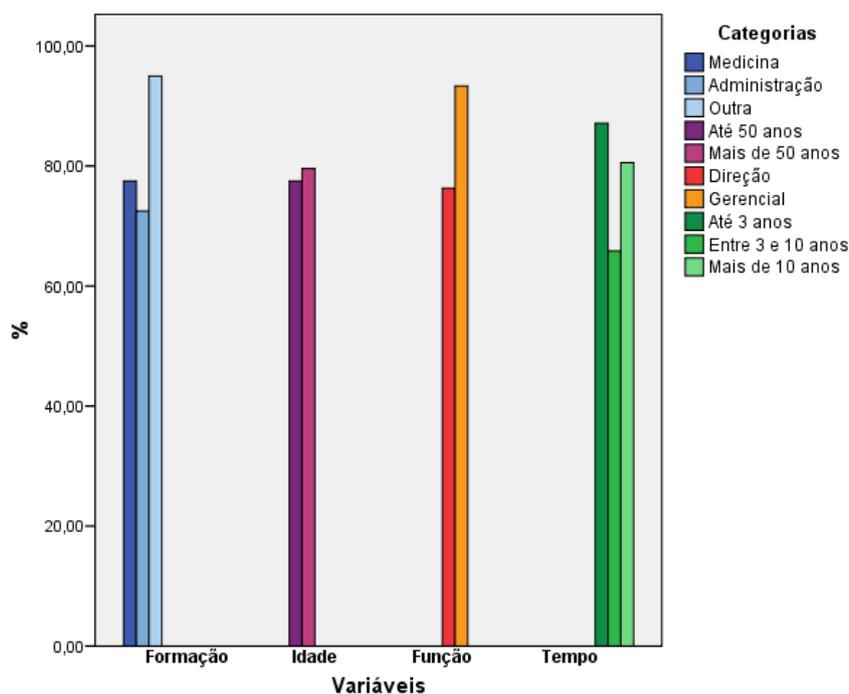
Ao utilizar o teste G para comparar as categorias das variáveis como observadas no gráfico 8, nota-se que apesar das diferenças encontradas as mesmas não são significativas nas variáveis Formação ($G = 6,162$; $p = 0,801$), Idade ($G = 5,909$; $p = 0,315$) e Função ($G = 3,877$; $0,567$), indicando que o percentual médio das despesas orçadas que anualmente extrapolam o orçamento parece não depender das variáveis em questão. No entanto na variável Tempo na função a diferença foi significativa ($G = 19,919$; $p = 0,030$), indicando

que o percentual médio das despesas orçadas que anualmente extrapolam o orçamento parece depender do tempo na função, assim, indivíduos com até 3 anos na função percebem que o percentual que extrapola o orçamento é menor, seguidos daqueles com mais de 10 anos na função e por último aqueles de 3 a 10 anos na função que percebem que o percentual que extrapola o orçamento é maior.

A questão 31 versava sobre o percentual das receitas previstas que são, de fato, arrecadadas. Neste item, 25% dos entrevistados afirmaram que até 74% das receitas previstas que são arrecadadas, 50% afirmaram que de 75% a menos de 90% das receitas previstas que são arrecadadas, e apenas 25% afirmaram que 90% ou mais das receitas previstas que são arrecadadas.

O gráfico 9 apresenta a distribuição das respostas a questão 31 de acordo com as variáveis Formação, Idade, Função e Tempo na Função.

Gráfico 9: Percentual das receitas que são arrecadadas



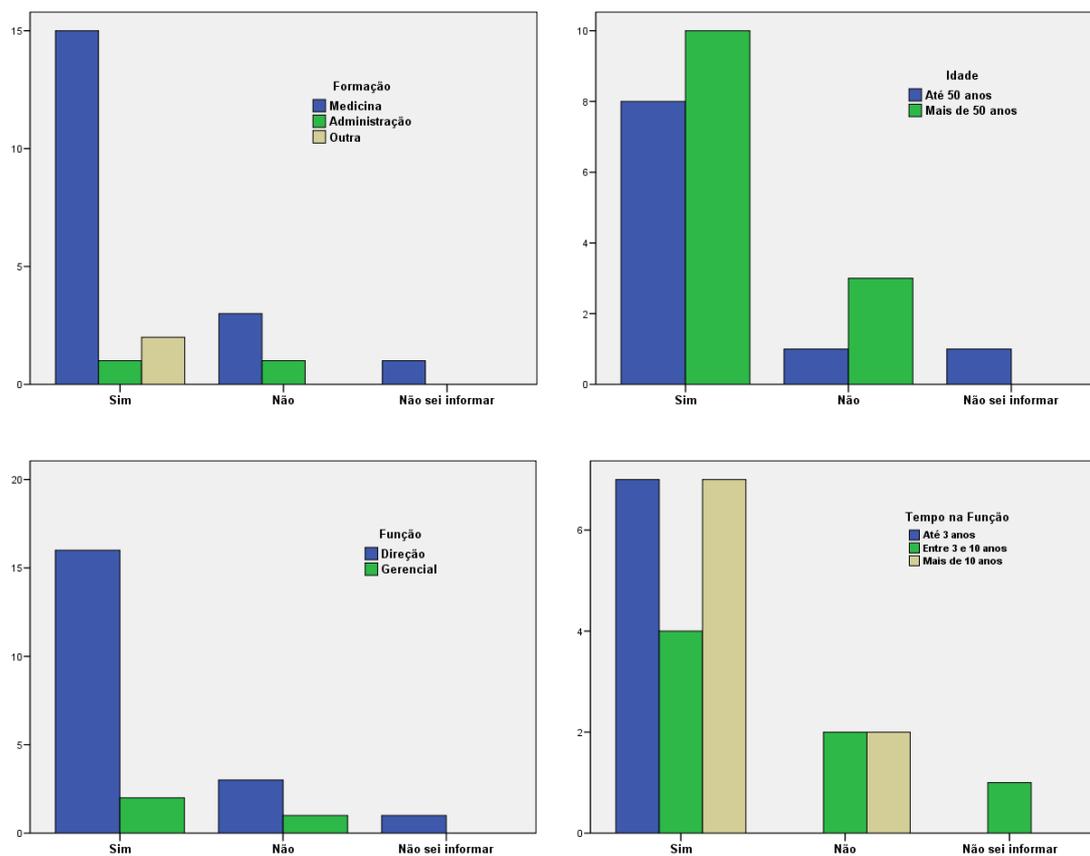
Ao utilizar o teste de Kruskal-Wallis para comparar as categorias das variáveis, notou-se que as diferenças existentes não foram significativas quer seja devido a Formação ($X^2 = 3,273$; $p = 0,195$) ou devido ao Tempo na função ($X^2 = 5,108$; $p = 0,078$). O mesmo ocorre quando se utiliza o teste de Mann-Whitney para comparar a Idade ($U = 41,500$; $p = 0,209$) e a

Função ($U = 16,000$; $p = 0,218$); Assim, pode-se dizer que o percentual das despesas que são de fato arrecadadas não depende da Formação, Idade, Função ou Tempo na Função.

A questão 36 versava se ao término do exercício o balanço orçamentário e financeiro são apresentados e/ou discutidos com a direção do hospital. A maioria (78,3%) respondeu afirmativamente.

O gráfico 10 apresenta a distribuição das respostas a questão 36 de acordo com as variáveis Formação, Idade, Função e Tempo na Função.

Gráfico 10: Apresentação do balanço à Direção do Hospital



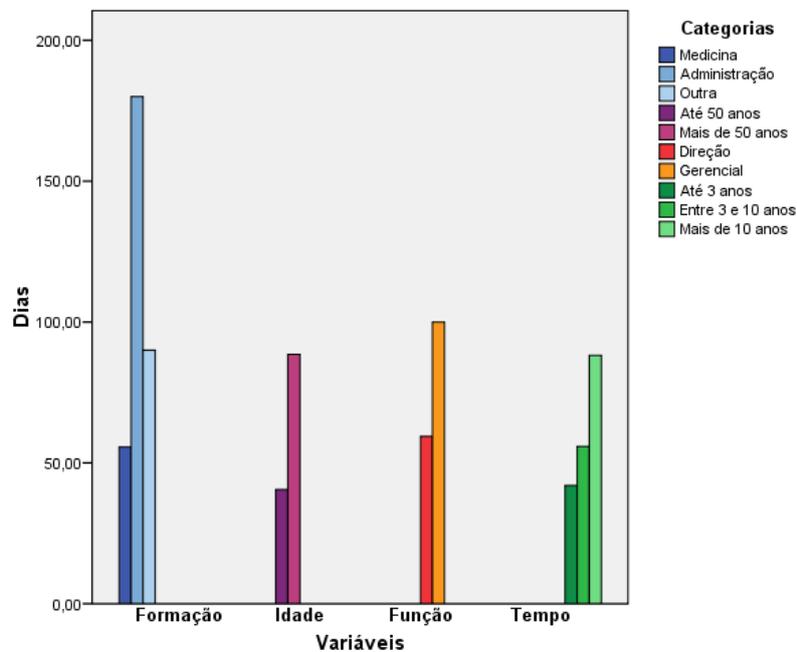
Ao utilizar o teste G para comparar as categorias das variáveis como observadas no gráfico 10, nota-se que apesar das diferenças encontradas as mesmas não são significativas nas variáveis Formação ($G = 2,261$; $p = 0,688$), Idade ($G = 2,263$; $p = 0,323$), Função ($G = 0,755$; $0,686$) e Tempo na função ($G = 6,174$; $p = 0,186$), indicando que a ação de apresentar ou discutir ao término do exercício o balanço orçamentário e financeiro com a direção do hospital parece não depender das variáveis em questão.

4.10. Recebimento dos convênios

A questão 35 tratava dos recebimentos dos convênios. Neste item a totalidade dos entrevistados afirmaram que ocorre atraso nos recebimentos e em 25% dos casos o atraso fica entre 15 a 30 dias, 50% fica entre 30 e 90 dias, e 25% atrasam mais de 90 dias.

O gráfico 11 apresenta a distribuição das respostas a questão 35 com relação aos dias de atraso do recebimento dos convênios de acordo com as variáveis Formação, Idade, Função e Tempo na Função.

Gráfico 11: Média de dias de atraso de recebimento dos convênios



Ao utilizar o teste de Kruskal-Wallis para comparar as categorias das variáveis, notou-se que as diferenças existentes não foram significativas quer seja devido a Formação ($X^2 = 4,410$; $p = 0,110$) ou devido ao Tempo na função ($X^2 = 3,643$; $p = 0,163$). O mesmo ocorre quando se utiliza o teste de Mann-Whitney para comparar a Função ($U = 13,000$; $p = 0,204$), assim, pode-se dizer que o tempo, em dias, de atraso no recebimento dos convênios não depende da Formação, Função ou Tempo na Função. No entanto, quando se utiliza o teste de Mann-Whitney para comparar a Idade ($U = 15,500$; $p = 0,013$) nota-se que a diferença é

significativa; o que indica que indivíduos com mais de 50 anos percebem uma maior demora no recebimento dos convênios que os indivíduos com menos de 50 anos.

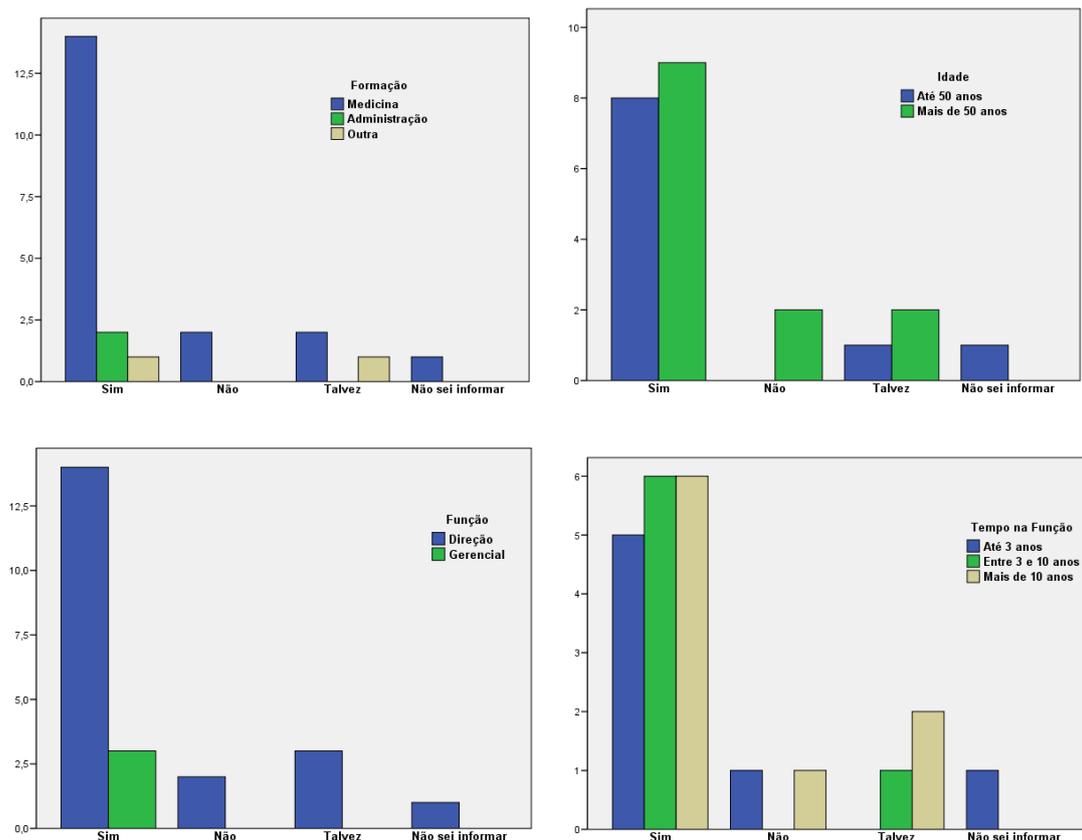
4.11. Benchmarking

As questões 33 e 40 tratavam do benchmarking.

Na questão 33 argüia-se se os problemas de gestão financeira também ocorriam com o seu principal concorrente. Neste item 73,9% dos entrevistados afirmaram que sim, 8,7% afirmam que não e 17,3 afirmaram que talvez ou que não sabem.

O gráfico 12 apresenta a distribuição das respostas a questão 33 de acordo com as variáveis Formação, Idade, Função e Tempo na Função.

Gráfico 12: Ocorrência de problemas de gestão no principal concorrente

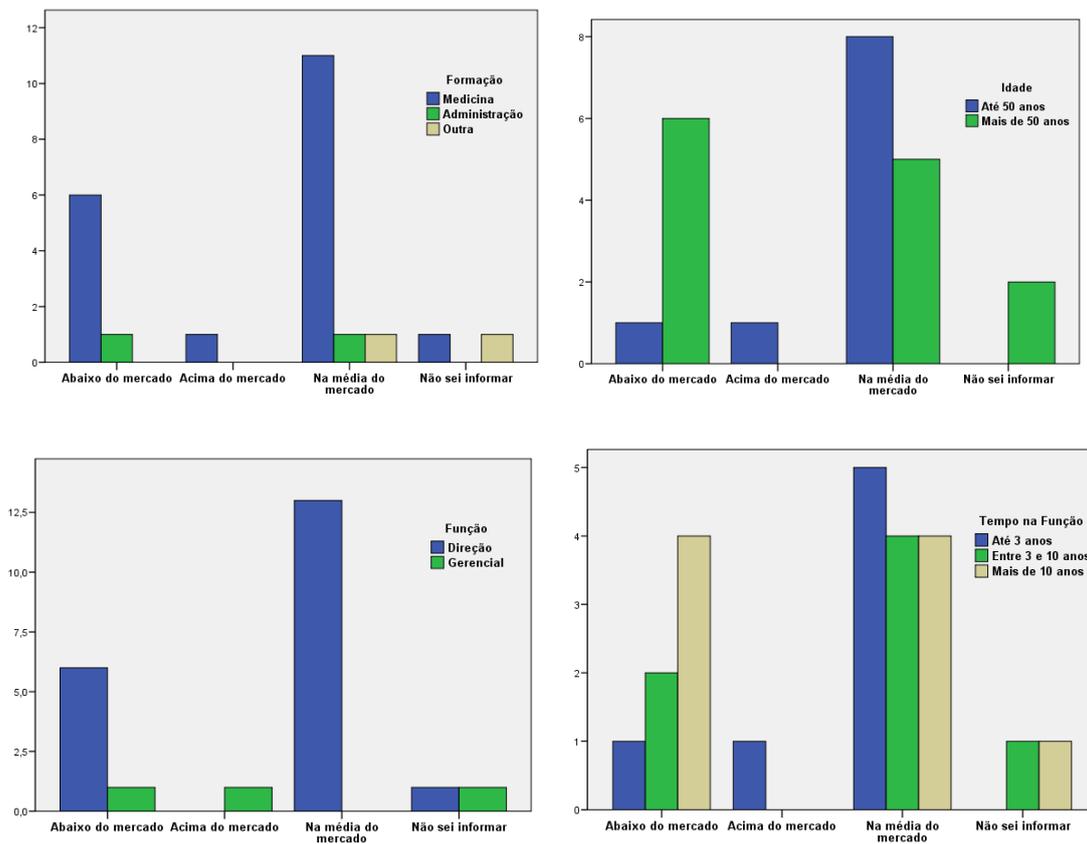


Ao utilizar o teste G para comparar as categorias das variáveis como observadas no gráfico 12, nota-se que apesar das diferenças encontradas as mesmas não são significativas nas variáveis Formação ($G = 3,317$; $p = 0,768$), Idade ($G = 4,165$; $p = 0,244$), Função ($G = 1,968$; $0,579$) e Tempo na função ($G = 6,373$; $p = 0,383$), indicando que a percepção da ocorrência de problemas de gestão no principal concorrente parece não depender das variáveis em questão.

A questão 40 versava sobre a lucratividade do hospital. Neste item 56,5% afirmam que a lucratividade está na média do mercado, 30,4% abaixo do mercado.

O gráfico 13 apresenta a distribuição das respostas a questão 40 de acordo com as variáveis Formação, Idade, Função e Tempo na Função.

Gráfico 13: Lucratividade do Hospital em relação ao mercado



Ao utilizar o teste G para comparar as categorias das variáveis como observadas no gráfico 13, nota-se que apesar das diferenças encontradas as mesmas não são significativas nas variáveis Formação ($G = 4,350$; $p = 0,629$) e Tempo na Função ($G = 5,631$; $0,466$),

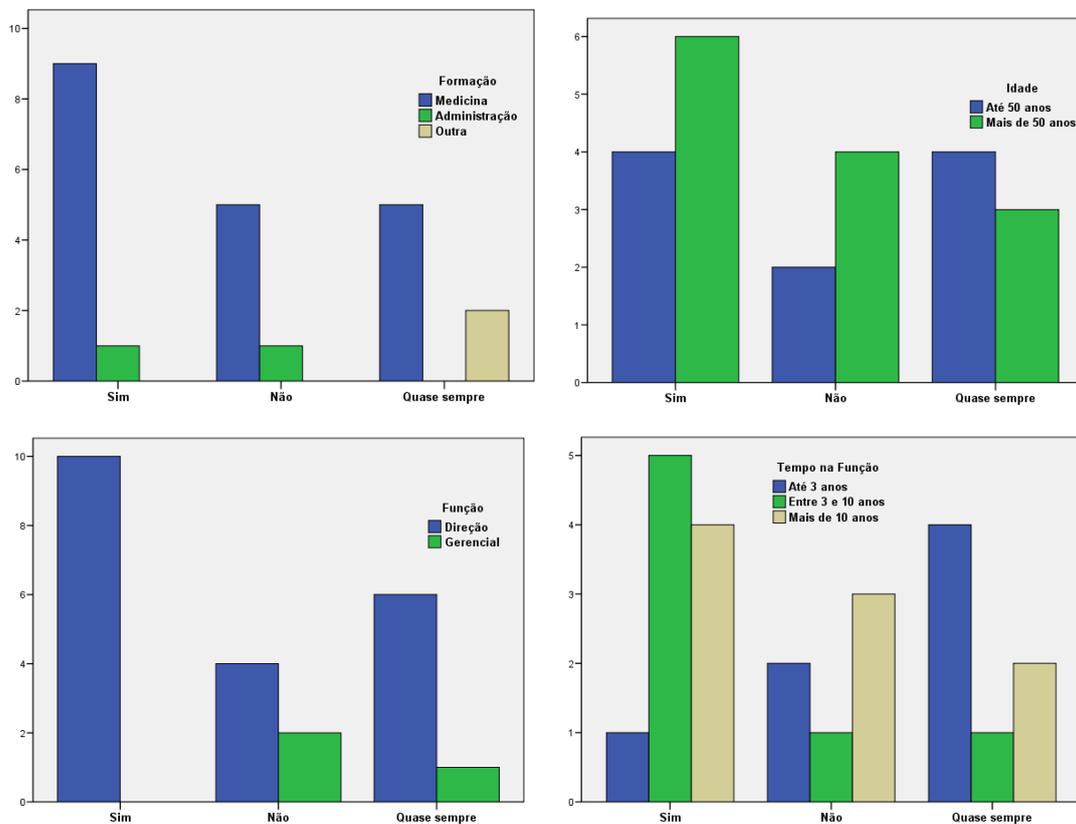
indicando que a lucratividade do hospital parece não depender das variáveis em questão. No entanto na variável Idade a diferença foi significativa ($G = 8,427$; $p = 0,038$), indicando que os indivíduos com menos de 50 anos consideram a lucratividade do hospital na média do mercado enquanto os indivíduos com mais de 50 anos consideram predominantemente a lucratividade abaixo da média do mercado. Também na variável Função a diferença foi significativa ($G = 9,298$; $p = 0,026$), indicando que os indivíduos na função de direção consideram predominantemente a lucratividade na média do mercado.

4.12. Planejamento estratégico

As questões 34, 37 e 38 versavam sobre o planejamento estratégico do hospital.

Na questão 34 perguntava-se se os investimentos em modernização dos equipamentos são sempre previstos no orçamento, ao que 43,5% afirmaram que sim. Nesse ínterim, o gráfico 14 apresenta a distribuição das respostas a questão 34 de acordo com as variáveis Formação, Idade, Função e Tempo na Função.

Gráfico 14: Investimentos em modernização previstos no orçamento

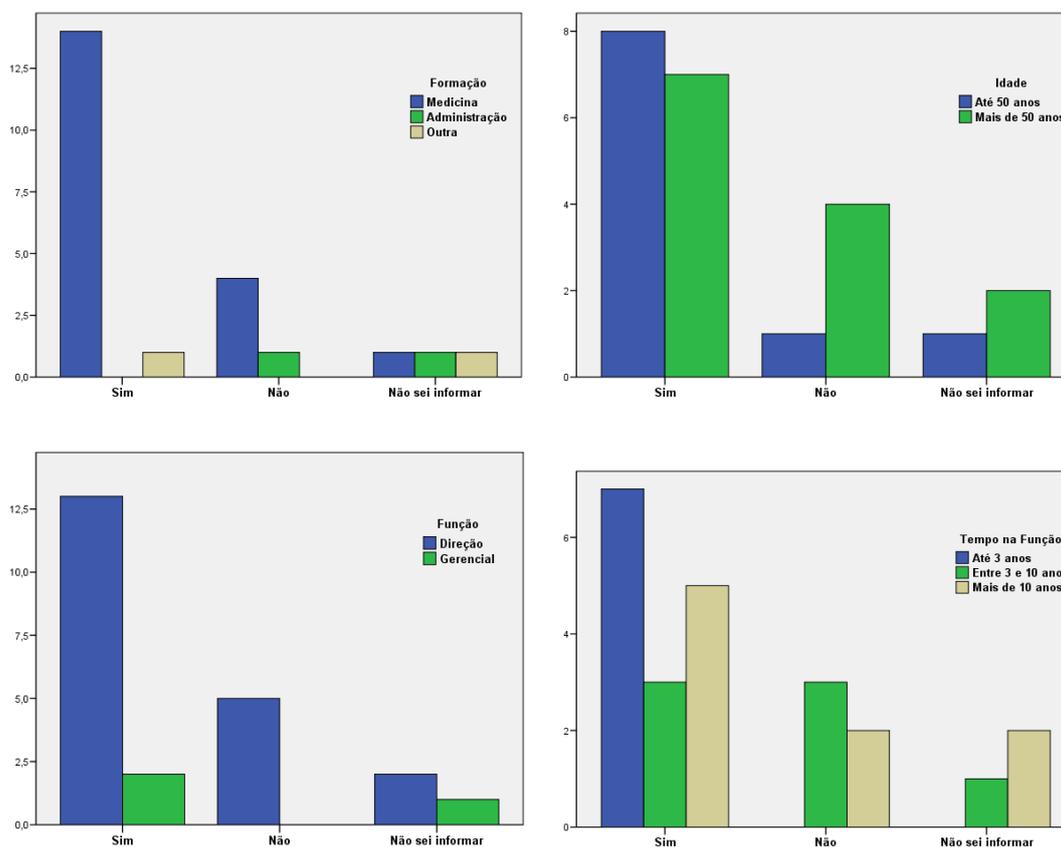


Ao utilizar o teste G para comparar as categorias das variáveis como observadas no gráfico 14, nota-se que apesar das diferenças encontradas as mesmas não são significativas nas variáveis Formação ($G = 6,515$; $p = 0,164$), Idade ($G = 0,833$; $p = 0,659$), Função ($G = 4,432$; $0,109$) e Tempo na função ($G = 5,814$; $p = 0,214$), indicando que os investimentos em modernização previstos no orçamento parece não depender das variáveis em questão.

Na questão 37 procura-se saber se a elaboração do orçamento anual está atrelada a um plano de metas. Neste caso 65,2% afirmam que sim.

O gráfico 15 apresenta a distribuição das respostas a questão 37 de acordo com as variáveis Formação, Idade, Função e Tempo na Função.

Gráfico 15: Elaboração do orçamento anual atrelada a um plano de metas



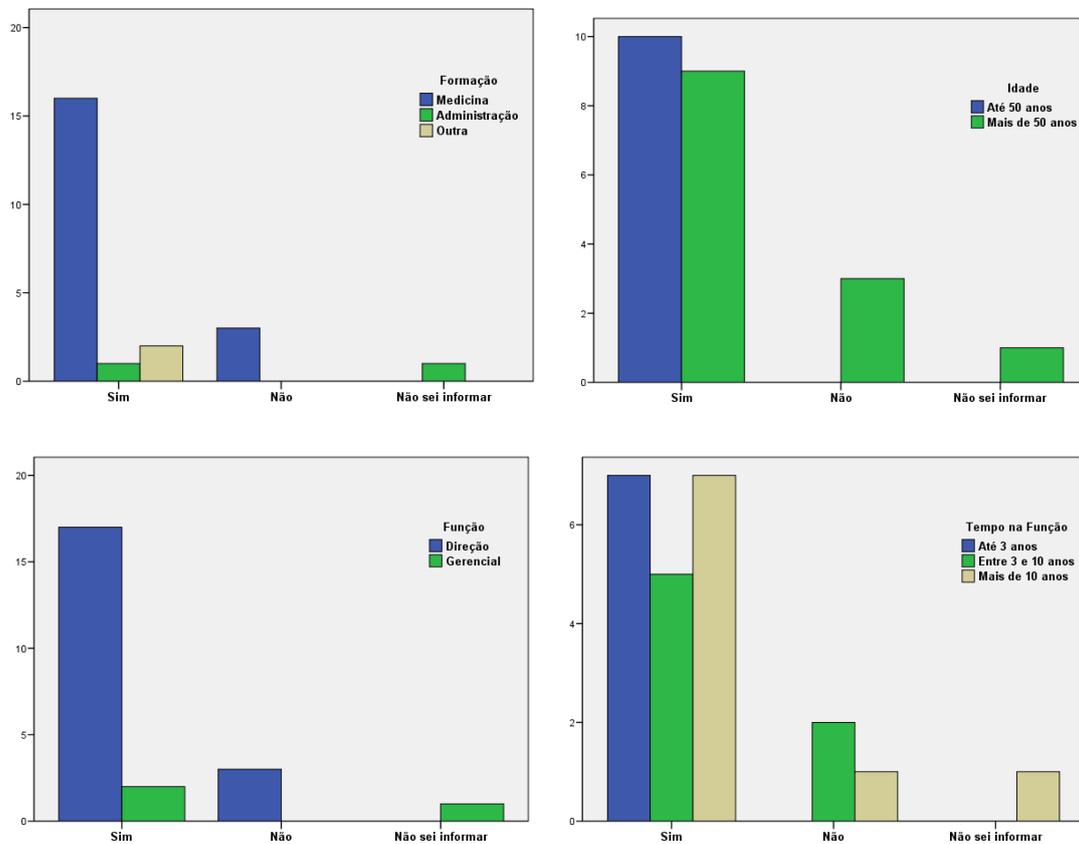
Ao utilizar o teste G para comparar as categorias das variáveis como observadas no gráfico 15, nota-se que apesar das diferenças encontradas as mesmas não são significativas nas variáveis Formação ($G = 7,855$; $p = 0,097$), Idade ($G = 1,942$; $p = 0,379$), Função ($G =$

2,212 ; 0,331) e Tempo na função ($G = 8,335$; $p = 0,080$) indicando que a elaboração do orçamento anual atrelada a um plano de metas parece não depender das variáveis em questão.

Na questão 38 indagou-se da existência de um planejamento estratégico no hospital ao que 82,6% dos entrevistados afirmaram que sim. No entanto, 25% dos entrevistados afirmaram que o planejamento estratégico era para um horizonte de 4 meses a 1 ano, 50% de 1 ano a 3 anos e meio, e 25% para um período acima de 4 anos.

O gráfico 16 apresenta a distribuição das respostas a questão 38 de acordo com as variáveis Formação, Idade, Função e Tempo na Função.

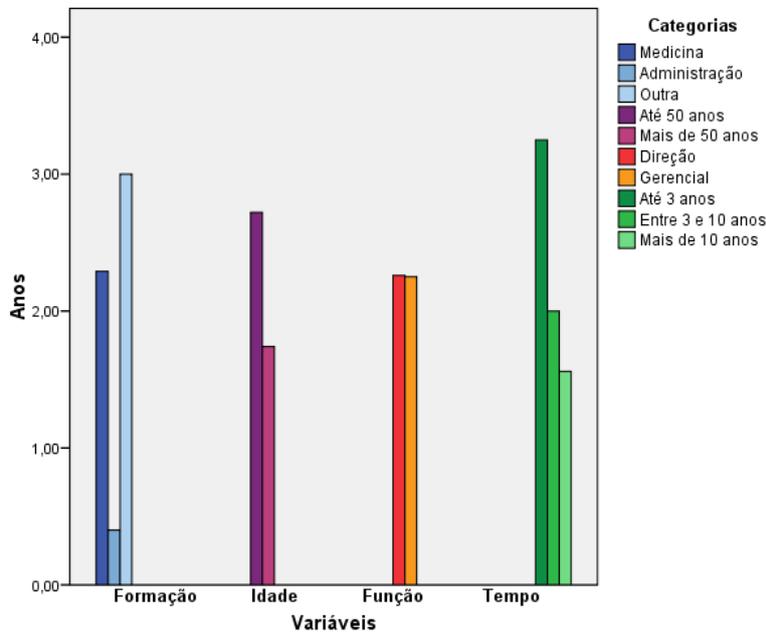
Gráfico 16: Existência de planejamento estratégico



Ao utilizar o teste G para comparar as categorias das variáveis como observadas no gráfico 16, nota-se que apesar das diferenças encontradas as mesmas não são significativas nas variáveis Formação ($G = 6,406$; $p = 0,171$), Idade ($G = 5,205$; $p = 0,074$), Função ($G = 5,025$; $p = 0,081$) e Tempo na função ($G = 5,069$; $p = 0,280$) indicando que a existência de planejamento estratégico parece não depender das variáveis em questão.

O gráfico 17 apresenta a comparação do horizonte do planejamento em anos para as variáveis Formação, Idade, Função e Tempo na Função.

Gráfico 17: Horizonte do planejamento em anos



Ao utilizar o teste de Kruskal-Wallis para comparar as categorias das variáveis, notou-se que as diferenças existentes não foram significativas quer seja devido a Formação ($X^2 = 3,058$; $p = 0,217$) ou devido ao Tempo na função ($X^2 = 4,066$; $p = 0,131$). O mesmo ocorre quando se utiliza o teste de Mann-Whitney para comparar a Função ($U = 14,000$; $p = 0,876$) e Idade ($U = 23,000$; $p = 0,192$), assim, pode-se dizer que o tempo, em anos, de horizonte de planejamento não depende da Formação, Função, Idade ou Tempo na Função.

4.13. Perfil dos Gestores na amostra estudada

Por fim, buscou-se traçar um perfil da amostra estudada com base nas questões 1 a 29. Para tal utilizou-se como referências a média e os decis. Por questões de classificação, adotou-se como excelente perfil de gestão a pontuação maior que 3 a 4 nos itens do questionário, um bom perfil a pontuação acima de 2 a 3, e um perfil regular a pontuação de 2 ou menor.

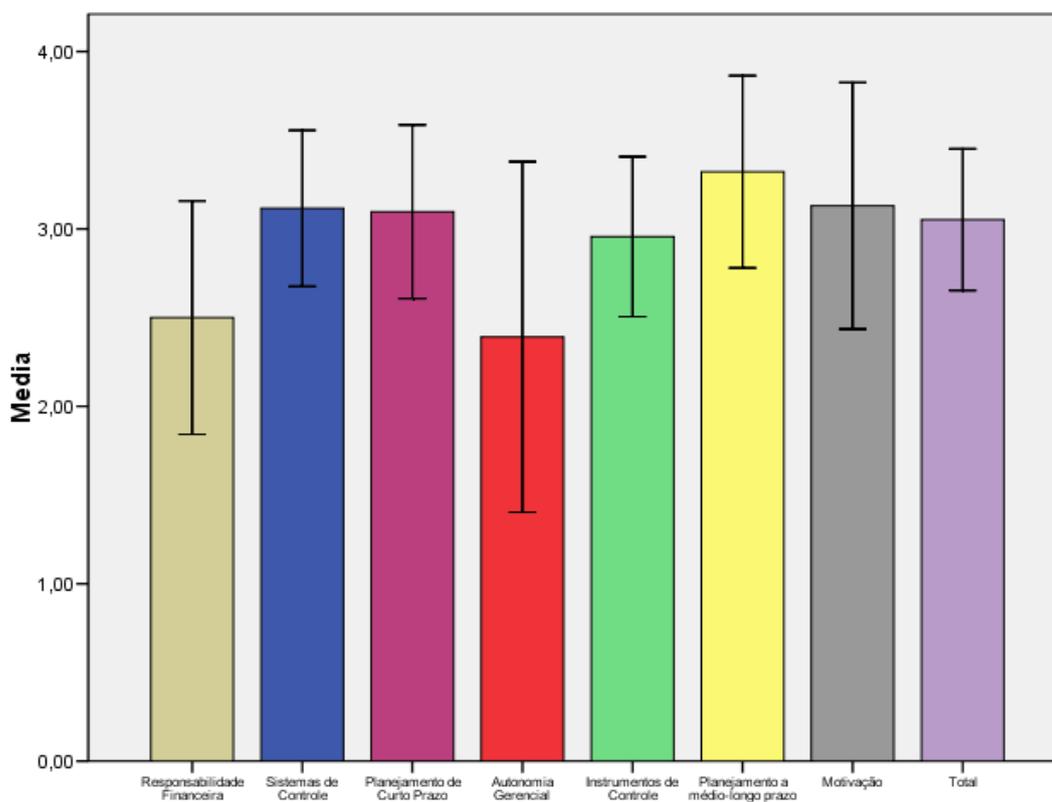
Os dados são apresentados na tabela 8.

Tabela 8: Perfil dos gestores na amostra.

Componentes	Percentis (Decis)									Média	D.P.
	10	20	30	40	50	60	70	80	90		
Responsabilidade Financeira	1,70	2,00	2,00	2,00	2,50	2,50	3,00	3,00	3,50	2,50	0,66
Sistema de Controle	2,50	2,67	2,83	3,00	3,17	3,23	3,50	3,53	3,67	3,12	0,44
Planejamento de Curto Prazo	2,23	2,70	2,90	3,08	3,25	3,38	3,38	3,50	3,68	3,10	0,49
Autonomia Gerencial	1,00	1,80	2,00	2,00	2,00	2,40	3,00	3,20	4,00	2,39	0,99
Instrumentos de Controle	2,28	2,76	2,80	2,80	2,80	3,00	3,20	3,24	3,60	2,96	0,45
Planejamento a médio-longo prazo	2,48	2,76	3,04	3,20	3,40	3,60	3,76	3,80	4,00	3,32	0,54
Motivação	2,00	2,40	3,00	3,00	3,50	3,50	3,50	3,50	4,00	3,13	0,69
Total	2,39	2,74	2,90	3,09	3,14	3,15	3,23	3,41	3,57	3,05	0,40

Para melhor visualização dos dados é apresentado o gráfico 18 com as médias e os respectivos desvios-padrão.

Gráfico 18: Componentes do Perfil dos Gestores



Os componentes onde os entrevistados obtiveram pior desempenho foram Responsabilidade Financeira, Autonomia Gerencial e Instrumentos de Controle. Os componentes onde o desempenho foi melhor foram Planejamento a médio-longo prazo, Sistemas de Controle, Planejamento a curto-prazo e Motivação.

Utilizando-se o teste de Friedman para comparar os diferentes componentes da gestão financeira nota-se que as diferenças encontradas são significativas ($\chi^2 = 38,623$; $p = 0,001$). As comparações cuja diferença foi significativa ocorreu entre a Responsabilidade financeira e Planejamento a médio-longo prazo ($p < 0,05$), entre a Responsabilidade financeira e Motivação ($p < 0,05$), entre a Autonomia gerencial e Sistemas de Controle ($p < 0,05$), entre a Autonomia gerencial e Planejamento a médio-longo prazo ($p < 0,05$), entre a Autonomia gerencial e Motivação ($p < 0,05$).

Tais resultados confirmam a afirmação de que a Responsabilidade Financeira e Autonomia Gerencial foram os componentes da Gestão financeira em que os respondentes obtiveram os piores resultados.

CAPÍTULO 5

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi restrito a gestores de hospitais gerais essencialmente privados de pequeno e médio porte da cidade do Rio de Janeiro (segunda maior cidade do Sudeste). Segundo Associação dos Hospitais da cidade do Rio de Janeiro (AHCRJ), existem 171 clínicas e hospitais associados, sendo 54 apenas com atendimentos ambulatoriais, 117 possuem internação e 108 possuem menos de 150 leitos. A análise foi feita excluindo-se destes os hospitais que estivessem ligados ao atendimento do serviço público, mesmo que particulares, os hospitais de especialidades, hospitais filantrópicos e aqueles administrados por planos de saúde. O motivo da restrição a este trabalho foi de que os Hospitais ligados ao serviço público possuem competências que diferem do serviço puramente de convênios, visto que o contrato governamental possui remuneração fixa e a concorrência é com hospitais públicos. Os hospitais que atuam em especialidades, como maternidades, hospitais pediátricos, cardiológicos, ortopédicos e oncológicos, entre outras, possuem um nicho de mercado que reduz o custo unitário e, em sua maioria, focam seus ganhos em procedimentos que extrapolam as tabelas vigentes aos demais hospitais. Os hospitais filantrópicos em sua natureza não visam a lucratividade e dependem em sua maioria de convênios e doações. Os hospitais administrados por planos de saúde, apesar de dependerem de uma boa gestão, fazem parte de uma rede própria que opera suas tabelas de remuneração e demanda de clientes junto a fonte pagadora, o que difere em muito o objetivo deste trabalho.

Nesse sentido, embora a amostra fosse composta de apenas 23 sujeitos, justifica-se por tratar de um nicho específico. Vale ressaltar, no entanto, que os resultados, devido a própria metodologia utilizada, restringem-se aos indivíduos da amostra.

Contudo, as características evidenciadas neste horizonte foram comparadas aos estudos de Chacon (2005) na cidade de Recife (segunda maior cidade do Nordeste), apesar de com objetivos diferentes, os trabalhos evidenciam achados semelhantes. Tal fato, no entanto, requer cautela ao ser atribuído as demais cidades do país que, devido aos parâmetros específicos locais, podem diferenciar em conteúdo.

5.1. Conclusão

Este estudo foi focado na visão dos gestores dos hospitais gerais de pequeno e médio porte da cidade do Rio de Janeiro, um mercado restrito e que apresenta dificuldades de ajuste às necessidades de um mercado altamente competitivo e de baixa rentabilidade. Estas condições exigem um conhecimento amplo da gestão moderna, adequação as mudanças do mercado, controle de custos já que as receitas estão congeladas a 17 anos e as despesas acompanham os ajustes inflacionários.

Na amostra estudada os gestores apresentaram baixo desempenho nos quesitos Responsabilidade Financeira, Autonomia Gerencial e Instrumentos de Controle. Assim, sugere-se um processo de intervenção para que tais aspectos sejam sanados propiciando um melhor desempenho dos gestores bem como dos hospitais.

Trata-se de um problema generalizado, uma vez que, como foi citado, os problemas de gestão financeira também ocorriam com o principal concorrente dos hospitais avaliados e que para 56,5% a lucratividade destes hospitais estava na média e para 30,4% abaixo do mercado.

Nesse ínterim, deve ser dada especial atenção a determinados tópicos que se apresentaram críticos nas entrevistas. Tais fatores foram destacados nos resultados e são:

- 1- A análise periódica do orçamento das áreas;
- 2- Possibilidade de controle e correção dos desvios identificados;
- 3- Conhecimento das unidades administrativas do seu orçamento;
- 4- Autoridade dos gerentes de cada setor para decidir sobre os recursos da sua área;
- 5- Cálculo dos custos e recebimentos
- 6- Melhorias nas informações fornecidas pelo sistema de gestão

Tais fatos apontam para um futuro incerto dos hospitais de pequeno e médio porte diante das dificuldades encontradas, e de uma administração ainda dividida entre um modelo familiar e um modo de gestão hospitalar adequado.

O trabalho demonstra que entre os gestores há baixo desempenho na Responsabilidade financeira, com variações entre o previsto e o aplicado. A autonomia gerencial e controle são rudimentares, a dependência direta dos convênios e a vulnerabilidade aos atrasos de repasses dos serviços é responsável direto pelo resultado operacional, também revelado entre os concorrentes diretos, segundo resultados obtidos na pesquisa.

Como avaliação das hipóteses formuladas no início dos trabalhos, o resultado obtido confirmou a visão inicial, a suposta gestão familiar, pouco planejamento de investimentos e baixa visão de futuro foi confirmada em quase todos os gestores. A dependência de planos de saúde é a realidade, assim como a vulnerabilidade às grandes redes que definem hoje o padrão de atendimento em volume pelo relacionamento direto e eficaz junto aos planos de saúde.

A suposição inicial também se confirma na visão de futuro. Em sua maioria os gestores se sentem impedidos de crescer em volume por falta de recursos de investimentos e vêem seu horizonte sem perspectivas de sucesso frente as grandes redes, o que os deixa a mercê de fusões e aquisições, ou mesmo verem seus negócios se tornarem insolventes.

Pela visão que obtemos como resultado deste estudo é possível montar um projeto de estudo gerencial para este nicho de negócio, agrupar forças e recursos entre os participantes visando a redução do custeio em aquisições e investimentos, reduzir custos administrativos e contratação de mão de obra mais qualificada de segundo escalão que poderia ser rateada com aproveitamento em grupos de 3 ou 4 hospitais, mas esta é uma idéia que foge do escopo deste trabalho e deverá ser explorada por uma seqüência deste estudo.

Os resultados aqui encontrados se assemelham em parte aos achados de Chacon (2005), embora as realidades avaliadas sejam distintas. Deve-se ressaltar principalmente a convergência dos gestores mesmo com formações, tempo de experiência e idade diferentes, mostrando que os problemas encontrados pelos gestores e suas soluções parecem similares mesmo em realidades distintas. Isto é, os gestores hospitalares não possuem percepções diferentes com relação aos conceitos e padrões da gestão econômica.

Os itens onde foram encontradas diferenças significativas entre as categorias das variáveis foram: Percentual médio das despesas orçadas que anualmente extrapolam o orçamento, onde o Tempo na função parece exercer alguma influência com indivíduos com até 3 anos na função percebem que o percentual que extrapola o orçamento é menor, seguidos daqueles com mais de 10 anos na função e por último aqueles de 3 a 10 anos na função que

percebem que o percentual que extrapola o orçamento é maior; Atraso no recebimento dos convênios, onde a Idade parece exercer influência com indivíduos com mais de 50 anos percebem uma maior demora o recebimento dos convênios que os indivíduos com menos de 50 anos; e a Lucratividade onde a Idade e a Função parecem exercer influência com indivíduos com menos de 50 anos considerando a lucratividade do hospital na média do mercado enquanto os indivíduos com mais de 50 anos consideram predominantemente a lucratividade abaixo da média do mercado e indivíduos na função de direção considerando predominantemente a lucratividade na média do mercado. Tais fatos podem indicar que o fator experiência no ramo (representado pela Idade e pelo Tempo na Função) bem como uma maior responsabilidade devido a Função desempenhada podem influenciar a percepção e a ação dos indivíduos nos aspectos indicados.

Adicionalmente verifica-se o constante atraso no recebimento dos convênios, o que prejudica tanto o planejamento a curto como a médio-longo prazo. Tal fato pode indicar uma fraqueza dos hospitais de pequeno e médio porte face as Empresas de Convênios de Saúde. Uma sugestão seria a formação de grupos ou fusão de hospitais no intuito de conseguirem adequar melhor os prazos para o recebimento, no entanto tal procedimento seria motivo de um novo estudo que neste momento não foi contemplado.

Finalmente, sugerem-se novos estudos o intuito de avaliar e comparar o desenvolvimento dos hospitais de pequeno e médio porte com aqueles de grande porte, desde sua concepção, estruturação e continuidade, bem como componentes ligados a controlabilidade da gestão hospitalar, modelos de decisão dos gestores e padrões de avaliação do desempenho dos gestores.

BIBLIOGRAFIA

AYRES, Manuel; AYRES JR., Manuel; AYRES, Daniel Lima e SANTOS, Alex de Assis S. (2008). *BioEstat 5.0: Aplicações estatísticas nas áreas das ciências biológicas e médicas*. Sociedade Civil Mamirauá. Pará, 2008.

BRUNI, Adriano Leal. (2007). *Estatística aplicada à gestão empresarial*. São Paulo: Atlas.

CASTELAR, Rosa Maria. (1995). O hospital no Brasil. In. CASTELAR, Rosa Maria, MODELET, Patrick & GRABOIS, Victor. *Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro*. Brasil/França, Ed. ENSP.

CHACON, Márcia Josienne Monteiro. (2005). *Aplicação de conceitos de gestão econômica (GECON) em hospitais: uma análise focada na visão dos gestores hospitalares do Estado de Pernambuco*. Tese de Mestrado em Ciências Contábeis. UNB-UFPB-UFPE-UFRN.

ESPANHA, Rita. CARDOSO, Gustavo. PEREIRA NETO, Pedro. (2007). *A saúde na era da informação*. Lisboa: CIES – ISCTE.

ESPIGARES, José Luis Navarro. (1999). *Análisis de la eficiencia en las organizaciones hospitalarias publicas*. Granada, Ed. Universidad de Granada, Espanha

FOUCAULT, Michel. (1992). *A microfísica do poder*. 10^a ed. Rio de Janeiro, Graal.

GOMES, Josir Simeone. (1997). *Controle de gestão: uma abordagem contextual e organizacional*. São Paulo: Atlas.

GOMES, Josir Simeone. (1997). Controle gerencial na era da globalização. *Contab. Vista & Rev.* Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 26-36, out.

GONÇALVES, Ernesto Lima. (1983). *O hospital e a visão administrativa contemporânea*. São Paulo: Pioneiras.

HOLDEN, Paul E., FISH, Lonsbury. S., SMITH, Hubert. I. (1941). *Top management organization and control*. Stanford: Stanford University Press.

LEVIN, Jack. (1987). *Estatística aplicada a ciências humanas*. 2. ed. São Paulo: Harbra Ltda.

MENDES, Eugênio Vilaça. (1984). *A evolução histórica da prática médica*. PUC-MG/FINEP.

PINTO, Sylvia Caldas Ferreira. (1996). *Hospitais: planejamento físico de unidades de nível secundário* – manual de orientação – Brasília: Thesaurus.

PORTER, Michael E. (2007). *Repensando a Saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Bookman.

ROGER, John. (1993). *Introdução à vida*. Rio de Janeiro: Record.

SANDER, Benno. (1995). *Gestão da educação na América Latina*. Campinas, Ed. Autores Associados.

SANTOS FILHO, Licurgo de Castro. (1977). *História geral da medicina brasileira*. São Paulo - Hucitec.

SILVA, Luis Antônio. (2001) *Avaliação hospitalar: limites e possibilidades do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares*. Florianópolis. UFSC.

VASALLO, Cláudia. (1997). *Suplemento: entrevistas*. São Paulo: Revista Exame.

VENDEMIATTI, Mariana. (2007). *Conflito na Gestão Hospitalar: O papel da Liderança*. São Paulo. UNESP.

VERGARA, Sylvia Constant. (2007). *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. 8ª edição – São Paulo: Atlas.

ANEXOS

QUESTIONÁRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nº _____

- a. Hospital: _____
- b. Nome do entrevistado: _____
- c. Sexo : Feminino Masculino
- d. Idade: Até 25 anos De 26 a 30 De 31 a 35 De 36 a 40 De 41 a 45
 De 46 a 50 De 51 a 55 De 56 a 60 Acima de 60 anos
- e. Formação Profissional:
 Medicina Administração de Empresas Outra (especificar) : _____
- f. Função: Diretoria Gerente Outro (especificar)
- g. Tempo na função atual: _____

CONSIDERANDO A GESTÃO ATUAL DE SEU HOSPITAL, NA SUA VISÃO, AS QUESTÕES APRESENTADAS ACONTECEM EM SUA EMPRESA – ASSINALAR APENAS UMA OPÇÃO

Questões	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Discordo	Discordo Totalmente
1) Os responsáveis pelas unidades hospitalares são os gestores das receitas e despesas				
2) Há gastos extraordinários para os quais os responsáveis pelas unidades não tem poder de gerência				
3) Os Sistemas utilizados pelo hospital identificam os recursos que são gerados através da prestação de serviços médico-hospitalares				
4) Os Sistemas de Gestão Financeira classificam os recursos gerados considerando apenas quantidade de internação				
5) Os Sistemas de Gestão Financeira classificam os recursos gerados considerando apenas altas dos pacientes				
6) Os Sistemas de Gestão Financeira classificam os recursos gerados considerando quantidade de internação e altas dos pacientes				
7) O hospital possui sistemas de informação gerenciais totalmente integrados				
8) No sistema utilizado, as prestações de serviço são reconhecidas no momento em que houve a efetividade da prestação				

Questões	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Discordo	Discordo Totalmente
9) Há diferença no custo dos serviços, seja ele pago à vista ou à prazo				
10) Todos os custos são calculados como se fossem recebidos à vista				
11) São realizados orçamentos regularmente.				
12) Há confronto entre o orçamento e a execução.				
13) Quando necessário os valores são retificados orçamentariamente				
14) As informações das questões 11, 12 e 13 são todas processadas em um mesmo Sistema de Gestão				
15) As informações fornecidas pelo Sistema atendem às necessidades dos gestores do hospital				
16) As informações fornecidas pelo Sistema atendem às necessidades dos gerentes de cada unidade administrativa hospitalar				
17) Os gerentes de cada setor possuem autoridade para decidir sobre os recursos da sua área?				
18) Os gerentes das áreas prestam contas de todos os seus atos				
19) Há controles no hospital que identificam desvios				
20) Os controles existentes para identificação de desvios são eficazes				
21) Os controles existentes de desvios possibilitam correções				
22) Todas as áreas hospitalares têm conhecimento de seu orçamento				
23) O orçamento de <u>todas</u> as áreas são periodicamente analisados				
24) Antes da tomada de decisão os gestores das unidades hospitalares observam aspectos operacionais (como posso fazer?)				
25) Antes da tomada de decisão os gestores das unidades hospitalares observam aspectos financeiros (quanto vai custar?)				

Questões	Concordo	Concordo	Discordo	Discordo
	Totalmente	Parcialmente		Totalmente
26) Antes da tomada de decisão os gestores das unidades hospitalares observam aspectos econômicos (qual será o meu resultado?)				
27) Quando um recurso é consumido é imediatamente identificado e relacionado a um determinado procedimento que resultará no pagamento pelo procedimento efetuado.				
28) Os gerentes das unidades do hospital são contemplados com programas, cursos ou processos de metas que os estimulem a implementarem ações que, no futuro, vão beneficiar o hospital como um todo.				
29) Quando um gestor de unidade precisa decidir sobre um determinado procedimento médico-hospitalar, essa decisão é identificada e analisada com base em um modelo que gera as informações adequadas.				

30) Qual o percentual médio das despesas orçadas que anualmente extrapolam o orçamento?

- Menos de 10%
 De 10 a 20%
 De 21 a 30%
 De 31 a 40%
 Acima de 40%
 Não se aplica

31) Qual o percentual das receitas previstas que são, de fato, arrecadadas? _____ %

32) Caso existam, quais os 3 principais problemas da gestão financeira do seu hospital?

1. _____
 2. _____
 3. _____

Não se aplica

33) Em sua opinião esses problemas também ocorrem com o seu principal concorrente?

- Sim
 Não
 Talvez
 Não sei informar
 Não se aplica

Comentários:

34) Os investimentos em modernização dos equipamentos são sempre previstos no orçamento?

Sim Não Quase sempre Não sei informar

Comentários:

35) Há atrasos no recebimento dos recursos dos convênios?

Sim Não Não sei informar

Se Sim, de quanto tempo, em média: _____

Comentários:

36) Ao término do exercício o balanço orçamentário e o financeiro são apresentados e/ou discutidos com a direção do hospital?

Sim Não Não sei informar

Comentários:

37) A elaboração do orçamento anual está atrelada a um plano de metas?

Sim Não Não sei informar

Comentários:

38) Há planejamento estratégico no hospital?

Sim Não Não sei informar

Se Sim, para que horizonte de tempo? _____ anos

Comentários:

39) Quais os 3 principais indicadores, em ordem de prioridade, que são monitorados pelo gestor financeiro do hospital?

1º _____

2º _____

3º _____

Comentários:

40) A lucratividade do seu hospital está?

Abaixo do mercado Acima do mercado Na média do mercado Não sei informar

Comentários:
