

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO DE ACESSO A TESES E DISSERTAÇÕES

Considerando a natureza das informações e compromissos assumidos com suas fontes, o acesso a monografias do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Pernambuco é definido em três graus:

"Grau 1": livre (sem prejuízo das referências ordinárias em citações diretas e indiretas);

"Grau 2": com vedação a cópias, no todo ou em parte, sendo, em consequência, restrita a consulta em ambientes de biblioteca com saída controlada;

"Grau 3": apenas com autorização expressa do autor, por escrito, devendo, por isso, o texto, se confiado a bibliotecas que assegurem a restrição, ser mantido em local sob chave ou custódia;

**A classificação desta dissertação se encontra, abaixo, definida por seu autor.**

**Solicita-se aos depositários e usuários sua fiel observância, a fim de que se preservem as condições éticas e operacionais da pesquisa científica na área da administração.**

---

Título da Monografia: Avaliação de impacto da implantação de sistema de informatização de apuração de custos em hospitais: estudo de caso em hospital no Recife.

Nome da autora: Letícia Araújo de Carvalho

Data da aprovação:

Classificação, conforme especificação acima:

Grau 1

Grau 2

Grau 3

Local e data:



-----  
Assinatura da autora

**Letícia Araújo de Carvalho**

**Avaliação de impacto da implantação de sistema de informatização de apuração de custos em hospitais:  
estudo de caso em hospital no Recife**

Orientador: Dr. James Anthony Falk

Dissertação apresentada como requisito complementar para obtenção do grau de Mestre em Administração, área de Tecnologia de Informação do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco.

**Recife, 2004**

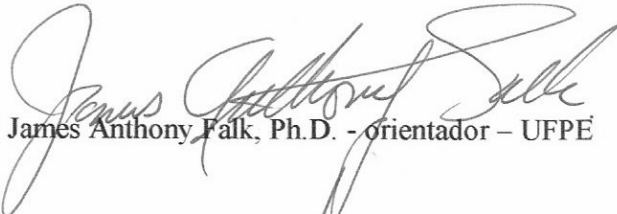
Universidade Federal de Pernambuco  
Centro de Ciências Sociais Aplicadas  
Departamento de Ciências Administrativas  
Programa de Pós-Graduação em Administração (PROPAD)

**Avaliação de impacto da implantação de sistema de informatização de apuração de custos em hospitais: estudo de caso em hospital no Recife**

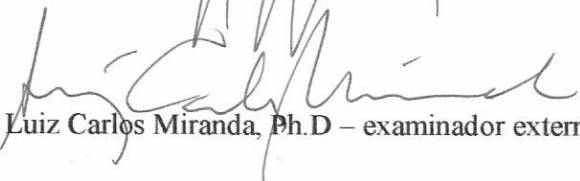
Letícia Araújo de Carvalho

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Pernambuco e aprovada em 29 de novembro de 2004.

Banca Examinadora:

  
Prof. James Anthony Falk, Ph.D. - orientador – UFPE

  
Prof. José Francisco Ribeiro, Doutor – examinador externo – UFPE

  
Prof. Luiz Carlos Miranda, Ph.D – examinador externo – UFPB

Dedico este trabalho a meus pais, Raimundo e Carmen, e ao meu filho, João Vitor, pelo amor, incentivo, paciência e apoio que me deram.

## **Agradecimentos**

Agradeço a todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização deste trabalho, especialmente:

A Deus, a bênção de poder persistir e acreditar que este trabalho seria concluído com êxito, e os momentos de iluminação nessa trajetória deveras árdua.

A meus pais, Carmem e Raimundo, todo apoio e ajuda no que diz respeito aos problemas domésticos, permitindo-me tempo para desenvolver minha pesquisa.

Ao Prof. James Anthony Falk (Ph.D.), a orientação objetiva e consistente na elaboração deste estudo.

À Unimed Recife, o acesso às suas dependências e aos seus funcionários, para a coleta dos dados necessários à realização da pesquisa.

Aos colegas de mestrado, a amizade, a convivência prazerosa e o incentivo.

Aos que fazem o Sistema de Bibliotecas da UFPE, parceiros de trabalho no dia-a-dia, o apoio e incentivo, em especial, às bibliotecárias da Biblioteca Reitor Edinaldo Bastos (CCSA).

A todos os que fazem o Curso de Mestrado em Administração (CMA-UFPE), a sólida formação, o alto nível das abordagens dos mais variados temas, que muito contribuíram para o enriquecimento de minha experiência pessoal e profissional.

As coisas que amamos  
As pessoas que amamos  
São eternas até certo ponto.  
Duram o infinito variável  
No limite de nosso poder  
De respirar a eternidade.  
(Vinicius de Moraes)

## Resumo

Este trabalho tem por objetivo avaliar o impacto da implantação de um sistema de informação de controle de custos hospitalares. O estudo inclui o referencial teórico básico necessário para evidenciar os elementos de análise. Estudo de caso de alguns hospitais de Recife de uma mesma empresa, operacionalizado por meio de entrevistas com diretores, consulta a documentos e textos e de dados da experiência dos entrevistados. Nove pessoas foram entrevistadas, buscando investigar o grau de eficácia atribuída ao sistema e as mudanças organizacionais que ocorreram na instituição para sua implantação. De acordo com a Associação de Hospitais da América (AHA) (*apud* FALK, 2001, p. 16), há duas versões de apuração de custos para instituições de saúde, o *Prospective Payment System* (PPS) e o pagamento por *Diagnostic Related Groups* (DRG), Grupos de Diagnósticos Relacionados. Esses sistemas, Apesar de afetarem positivamente a diminuição de custos, esses sistemas figuram como fator de influência negativa na qualidade dos atendimentos. O custo resultado é fornecido em termos de custo médio unitário. Para Martins (2001, p.306), a primeira metodologia corresponde a uma visão funcional enquanto a segunda direciona-se mais ao custeio baseado em atividade (hoje conhecido na literatura como ABC). Essa última visão é a metodologia de apuração de custos mais bem conhecida como *activity based costing* (ABC), conforme Eliseu Martins (2001, p. 306); ou *diagnostic based costing* conforme o programa de wCustos da Empresa WPD Tecnologia responsável pela implantação do módulo de custos do sistema de informação hospitalar recém-ativado nos hospitais um e dois da Unimed.

Palavras-chave: Custo hospitalar. Sistema de custo. Tecnologia de Informação.

## **Abstract**

This work has for objective to evaluate the impact of the implantation of a system of information of control of hospital costs. For in such a way a basic theoretical referencial will be constituted to evidence the analysis elements. After this, will be carried through a study of case together to the Hospitals of the Unimed, that is a cooperative of doctors come back toward the rendering of services in the health area. The study of case it will be made thru of interviews with directors, it consults documents and texts, beyond data of the experience of the interviewed ones. This study of case, involving nine people, search to investigate the degree of effectiveness attributed to the system and changes that had occurred in the institution for the implantation. In accordance with AHA (Association of Hospitals of America - FALK, 2001, p. 16), has two versions of verification of costs for health institutions, Prospective Payment System (PPS) and the payment for Diagnostic Related Groups (DRG, these systems although to affect positively the reduction of costs also they had been accused to negative influence the quality of the hearth services. In the first version the activity meaning was limited, according to author, to the context of each department. The resulted cost is supplied in terms of unitary average cost. For Eliseu Martins (2001, p.306) the first methodology corresponds to a functional vision while second and more directed to the activity based costing (today known in literature as ABC). The last vision is based in the methodology of verification of costs more good known as "activity based costing (ABC)", as Martins (2001, p. 306), or "diagnostic based costing" as the program of wCustos company WPD Technology, responsible for the implantation of the module of costs of the system of hospital information just activated in the hospitals one and two of the Unimed.

Keys-word: Hospital costing. Cost systems. Information Tecnology.



## **Lista de figuras**

Figura 1(2) – Gráfico do sistema de informação hospitalar	25
Figura 2(2) – Gráfico tipo iceberg do custo visível e oculto da baixa qualidade	49
Figura 3(2) – Sistema de informação hospitalar – sistema wCustos	53

## Lista de tabelas

Tabela 1(4) – Perfil dos entrevistados	66
Tabela 2(4) - Distribuição dos respondentes ao questionário conforme a empresa e a área de atuação	66
Tabela 3(4) – Mudança x grau de relevância	72
Tabela 4(4) – Grau de importância da instalação do sistema de custos na Unimed	76
Tabela 5(4)– Grau de atendimento das expectativas dos questionados quanto ao sistema de custos	77
Tabela 6(4) – Opinião sobre o momento atual da Unimed referente ao sistema de custos	78
Tabela 7(4) – Grau de satisfação dos questionados, quanto às soluções adotadas pelo sistema de custos	78
Tabela 8(4) – Resultado dos questionamentos por nível na Unimed	79

## **Lista de quadros**

Quadro 1(1) – Custo baseado no diagnóstico do paciente	15
Quadro 1(2) – Equação do custo total	29
Quadro 2(2) – Equação de custo médio de tratamento	30
Quadro 3(2) – Perspectivas de análise organizacional por temas prioritários e unidades de análise	40
Quadro 4(2) – Custo de produzir e disponibilizar os serviços do hospital	52
Quadro 1(4) – Perspectivas de análise organizacional por temas prioritários e unidades de análise: Caso Unimed	70

## **Lista de abreviaturas e siglas**

- ABC – Activity Based Custing (Custeio Baseado em Atividade)
- AHA – Associação dos Hospitais da América
- ASQC – American Society for Quality Control (Sociedade Americana de Controle de Qualidade)
- BPR – Base Patient Record (Baseado em Registro de Paciente)
- CMU – Custo Médio Unitário
- DBC – Diagnostic Based Custing (Custo Baseado no Diagnóstico)
- DRG – Diagnostic Related Groups (Grupos de Diagnósticos Relacionados)
- HSO – Health Services Organizations (Organizações de Serviços de Saúde)
- MIS – Management Information System (Serviço de Informações Gerenciais)
- PBC – Procedure based custing (Custo Baseado no Procedimento)
- PPS – Prospective payment system (Sistema de Pagamento Prospectivo)
- SBC – Structure Based Costing (Custo Baseado na Estrutura)
- SI – Sistema de Informação
- SIH – Sistema de Informação Hospitalar
- SSD – Sistema de Suporte às decisões
- SSE – Sistema de Suporte à Estratégia
- TI – Tecnologia da Informação
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva
- UVR – Unidade de Valor Relativo
- WEB – Sistema Mundial de Comunicação via Internet
- WPDHOSP – Sistema de Controle Hospitalar da WPD

# Sumário

1	Introdução	13
1.1	Propósito da pesquisa	14
1.2	Objetivo geral	16
1.3	Justificativa	16
1.4	Definição de termos	18
1.5	Breve histórico da Unimed	19
2	Abordagem teórica	20
2.1	Sistemas de informação (SI)	20
2.1.1	Sistemas de informação hospitalar (SIH)	20
2.1.2	Sistema de suporte a decisões (SSD)	26
2.2	Mudança organizacional e sistemas de informação (SI)	34
2.3	Gestão de recursos financeiros	47
2.4	Sistema de custo	48
2.5	Gestão de custeio como elemento gerencial	55
3	Metodologia	57
3.1	Estratégia da pesquisa	58
3.2	Delineamento da pesquisa	59
3.3	Coleta de dados	60
3.4	Análise dos dados	61
3.5	As limitações da pesquisa	62
4	Resultado da análise dos dados	64
4.1	Perspectivas	67
4.2	Mudanças	69
4.3	Avaliação de impacto	74
5	Considerações finais	80
	Referências	84
	APÊNDICE A – Questionário de pesquisa	84
	APÊNDICE B – Degravação das entrevistas	87
	APÊNDICE C – Lista de participantes e entrevistados	89
	ANEXO A – Tabela de centro de custos	108
	ANEXO B – Plano de contas Unimed	109
		110

# 1 Introdução

---

Com a instabilidade financeira pela qual o Brasil passa, verificou-se um aumento significativo da necessidade de os administradores terem a informação gerencial de custos exata e no menor tempo possível.

A tendência ao aumento do custo com serviços de saúde e a dificuldade de financiar esse custo estão levando prestadores, financiadores, autoridade sanitárias e usuários a se preocupar cada vez mais com o custo dos serviços de saúde e seus reflexos sobre a qualidade desses serviços. (COUTTOLENC; ZUCCHI, 1998, p.77).

Desse modo, este trabalho consiste no estudo de dois momentos da Empresa Unimed. O primeiro momento, quando a empresa dispunha de um sistema de controle contábil simples, que não permitia o cálculo do custo hospitalar com detalhamento. O segundo momento, quando, por motivos identificados no processo de pesquisa, a Unimed passa a utilizar um sistema de controle de custo hospitalar em uma das unidades hospitalares, localizada em Recife – Pernambuco.

Hoje, não é possível uma empresa sobreviver se não acompanhar de perto as necessidades do mercado, adaptar-se às mudanças em tempo hábil além de desenvolver produtos que satisfaçam, ou melhor, que surpreendam o mercado/cliente. Para isso, a empresa precisa de estratégias adequadas.

Este estudo visa avaliar o impacto causado pela introdução de sistema de informação para controle de custos, comparando os dois momentos, o antes e o depois. Dessa forma, torna-se necessária a exposição das questões que vão orientar todo o trabalho:

a) com a implantação do sistema de informação de custo, as expectativas que motivaram a implantação foram plenamente atendidas?

- b) o resultado foi o esperado e satisfatório?
- c) quais foram as mudanças administrativas ocorridas nos hospitais estudados que permitiram alcançar esse resultado?

## 1.1 Propósito da pesquisa

O propósito desta pesquisa é verificar se a incorporação de um sistema informatizado de apuração de custos integrado com o sistema de informações implementado, guiado pelos métodos SBC (*Structure Based Costing*, custo da estrutura por departamento expresso em custo médio unitário), PBC (*Procedure Based Costing*, custo por procedimento na instituição) e DBC (*Diagnostic Based Costing*, custo do processo baseado no diagnóstico do paciente), atende às perspectivas gerenciais da Unimed e se vai permitir um diagnóstico da saúde financeira dos seus hospitais.

Atualmente, a informação tem um valor estratégico visível para qualquer tipo de organização; vem sendo utilizada como um meio de gerar condições necessárias para atingir e verificar o progresso de objetivos organizacionais. Com o aumento da competitividade entre as organizações hospitalares, o apoio da informática na tomada de decisões, influenciado também pelo aumento da quantidade de dados necessários para a administração hospitalar, vem sendo fonte de constantes e vultosos investimentos. Resta saber se esses investimentos têm trazido o retorno esperado.

No Brasil, o conceito de Gestão Estratégica de Custos tornou-se mais divulgado em 1990, com a economia mais estável e a abertura ao mercado externo; as empresas nacionais sentiram a necessidade de perseguir e alcançar maiores níveis de qualidade, eficiência e produtividade para sobreviverem nesse mercado cada dia mais competitivo.

Como os processos realizados nos hospitais são interdepartamentais, podem ser considerados horizontais seguindo um fluxo interino na organização da empresa.

O método SBC, PBC e DBC do programa wCustos<sup>1</sup> consiste em calcular em primeiro plano, os custos da estrutura (SBC) ou departamento expresso em custo médio unitário. Aplicando a metodologia de UVR (unidade de valor relativo), em segundo plano, o programa calcula o custo por procedimento (PBC), porque em vários departamentos do hospital existe a oferta de uma gama de serviços prestados, como tipos de radiografia, exames de laboratório etc., por exemplo, que os planos de saúde pagam pelo procedimento realizado.

O DBC (*Diagnostic Based Costing*) seria o último nível do programa wCustos, em que o custo do processo baseado no diagnóstico do paciente que será :

#### Quadro 1(1) – Custo baseado no diagnóstico do paciente

$\text{CUSTO DO PROCESSO} = (\Sigma \text{custos médios unitários}) + \text{diárias}$ $+ \text{custos de procedimentos}$ <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><b>BASEADO NO DIAGNÓSTICO DO PACIENTE</b></p>
--

Fonte: Autoria própria

Bianchini (2002, p. 4) afirma que o módulo financeiro de um sistema de informação deveria fornecer duas visões de custos: o custo do paciente e a comparação com a receita gerada e o custo de cada departamento, de modo a fornecer indicadores para avaliar quais os pontos críticos da organização. Porém, o uso da ferramenta DBC, ou ABC no sentido de Martins (2001), é eminentemente gerencial e também pode incorporar conceitos de gestão econômica como custo de oportunidade, custo de reposição, etc.

---

<sup>1</sup> Programa gerado pela Empresa WPD Tecnologia, contratada pela Unimed para informatizar o sistema de custos.



## 1.2 Objetivo geral

O objetivo deste trabalho é construir um mapa das perspectivas esperadas com a introdução de um sistema de custo mais afinado com o conceito ABC, isto é, o uso do custeio baseado em atividades na tomada de decisões gerenciais e verificar sua realização com a implantação do sistema wCustos, ou seja, um sistema computadorizado de operação de custo.

Os objetivos específicos são:

- a) avaliar as mudanças organizacionais que precederam a decisão de implantação do sistema de custo;
- b) avaliar o impacto causado nos hospital, na área administrativa principalmente, com a utilização do sistema de custo;
- c) avaliar o resultado do programa no sentido de discriminação de custos após a designação dos gastos por fonte, por centro de custos.

## 1.3 Justificativa

A Unimed é uma organização socioeconômica norteada pela doutrina cooperativa. A empresa tem por objetivo agregar profissionais médicos para a defesa do exercício liberal ético e qualitativo na profissão, com adequadas condições de trabalho e justa remuneração. A Unimed tem ainda como meta propiciar um serviço médico personalizado, de boa qualidade e a custo compatível (PORTAL NACIONAL DE SAÚDE, 2003).

No intuito de realizar os objetivos expostos acima, a empresa agrega recursos humanos, financeiros e materiais, bem como preceitos e práticas da excelência. O produto desses esforços é ofertado aos clientes em forma de plano de seguro-saúde. Visando a um

melhor atendimento e não perder terreno diante da concorrência, a Unimed resolveu terceirizar alguns serviços para garantir a oferta deles a um preço acessível uma vez que a implantação demandaria um grande investimento.

Diante do crescimento dos custos dos serviços terceirizados, a Unimed verificou o valor real dos gastos com os serviços terceirizados a fim de analisar a viabilidade da implantação desses serviços diretamente prestados pela Unimed.

A Unimed constatou que seu sistema de informações não tinha condições de fornecer os dados necessários para a averiguação dos custos, admitindo, assim, a necessidade de uma ferramenta mais específica para o setor de custos.

Um bom sistema de informação hospitalar permite ao administrador identificar os pontos do processo ou da organização em que se poderia obter uma redução de custo, liberando recursos para outras áreas. Conhecendo o custo dos procedimentos realizados, a empresa poderá negociar uma tabela de remuneração mais realista com os prestadores de serviço credenciados ou viabilizar uma resposta própria para prestação desses serviços de forma direta.

Além dos fatores mencionados anteriormente, as instituições cientes de seus custos podem descentralizar a gestão financeira para suas unidades, porque o sistema permite o conhecimento das necessidades de cada unidade no desenvolvimento de suas atividades. A fundamentação, de posse de dados objetivos, ao mesmo tempo em que possibilita a negociação de contratos de custos com terceiros, será de grande ajuda nas negociações com funcionários e sindicatos (COUTTOLENC; ZUCCHI, 1998, p.82).

## 1.4 Definição de termos

Com a finalidade de esclarecer e proporcionar um entendimento conceitual, definem-se os conceitos utilizados e adotados nesta pesquisa.

Despesas diretas – gastos consumidos diretamente para obtenção de receitas (EQUIPE FEA, 1992, p. 290).

Despesas indiretas – gastos consumidos indiretamente para obtenção de receitas (EQUIPE FEA, 1992, p. 290).

Ponto de equilíbrio – denominado também ponto de ruptura, nasce da conjugação dos custos totais com as receitas totais (MARTINS, 2001, p.273).

Organizações – representações sociais que com objetivos conhecidos (missão, direção), em que atuam pessoas (grupamento social), usando recursos, incluindo tecnologia de acordo com certa estrutura e organização para realizar tarefas específicas (MARTINS, 2001, p. 263).

Organização – coordenação de diferentes atividades de contribuintes individuais com a finalidade de efetuar transações planejadas com o ambiente. (SILVA JÚNIOR, 1998, p. 8).

Cultura organizacional – modo de vida, um sistema de valores e crenças. O pleno conhecimento evolução das variáveis financeiras de cada negocia tornou-se imprescindível para a sobrevivência da empresa, bem como para sua gestão estratégica, possibilitando seu crescimento e a criação de vantagens competitivas (SILVA JÚNIOR, 1998, p. 6, 17).

Custo – referência aos gastos realizados na produção de bens ou serviços (SILVA JÚNIOR, 1998, p. 18).

Custo padrão – cálculo do procedimento com os componentes predeterminados em quantidades que garantam a qualidade do produto ou do serviço prestado (FALK, 2001).

Despesas – relação com os gastos consumidos direta ou indiretamente para a obtenção de receitas (SILVA JÚNIOR, 1998, p.18).

Custeio – processo pelo qual se efetua a apropriação dos custos (SILVA JÚNIOR, 1998, p.18).

## **1.5 Breve histórico da Unimed**

O sistema de cooperativa da Unimed é especializado na prestação de serviços médicos e hospitalares por meio de terceirização no intuito de agregar profissionais médicos, visando propiciar um serviço médico de boa qualidade à maior parcela da população e o exercício ético e qualitativo da Medicina em condições adequadas de trabalho e remuneração justa.

A inclusão da administração hospitalar, mediante a implantação de hospitais para prestação de serviços de forma direta, exigiu a verificação da viabilidade dos hospitais em questão. Para isso, foi necessária a implantação de um sistema de custo que permitisse um controle afinado dos gastos dos hospitais para um posterior comparativo com as taxas correntes dos demais prestadores de serviço.

Com esse objetivo, a Unimed contratou os serviços da WPD Informática, com a assessoria do Dr. James Anthony Falk, no intuito de implantar um sistema de custo hospitalar.

## **2 Abordagem teórica**

---

Para desenvolver este trabalho, é necessário o uso de teorias correntes de Ciências Contábeis, Ciências Administrativas, entre outras com uma abordagem na administração hospitalar. Este capítulo procura resumir os resultados das pesquisas de textos informativos, livros e várias opiniões de diversos autores sobre os conceitos abordados no decorrer da pesquisa.

### **2.1 Sistemas de informação (SI)**

O termo Sistema de Informação é muito usado, principalmente em informática, e designa, segundo Dias (1993, p.163), um esforço organizado para prover informações que permitam uma empresa decidir e operar.

#### **2.1.1 Sistemas de informação hospitalar (SIH)**

A tecnologia como inovação é uma presença concreta capaz de evocar uma nova visão do potencial de relacionamento e proporcionar a ocasião para um novo padrão. Por esse motivo, a tecnologia não pode ser considerada neutra. Segundo Zuboff (1994, p.41), a tecnologia é repleta de valência e especificidade nas oportunidades que cria e exclui.

Zuboff diz que, no domínio da escolha, a tecnologia revela certo indeterminismo. Embora redefina o horizonte de possibilidades, ela não pode determinar as escolhas que serão feitas e com que intenção.

A implantação de um sistema de saúde hospitalar implica uma revisão de todo o procedimento do hospital em questão no intuito de padronizar procedimentos e, assim, obter um ambiente informatizado. Ao informatizar um ambiente hospitalar, é necessária uma escolha criteriosa do programa para que ele atenda às solicitações predefinidas; depois integrá-lo ao equipamento adequado, identificar a base de dados ideal e a arquitetura de redes, o que exige um abrangente conjunto de conhecimentos profissionais.

Segundo Bianchine et al. (2002, p. 2), a modelagem é uma técnica de engenharia que proporciona melhor visualização, controle da arquitetura e compreensão do sistema além de possibilitar oportunidade de simplificação e reaproveitamento. Pela modelagem, é possível identificar processos repetidos indevidamente ou problemas com processos.

Segundo Campos Filho (1994), sistemas de informações são sistemas sociais que se apóiam na tecnologia da informação. Nessa informação estão inclusos elementos sociais e tecnológicos. O sistema de informações fundamenta-se em vários campos:

Ciência – teoria de sistemas, matemática econômica, teoria da decisão, ciências administrativas, estatísticas, etc.

Tecnologia – engenharia elétrica, ciência da computação, teoria da informação, etc.

Ciências sociais – sociologia, psicologia, teoria da administração, economia, ciência política, comportamento, organizacional, filosofia, etc.

Dias (1993, p.163) classifica um SIH como “um esforço organizado para prover informações que permitam uma empresa decidir e operar. É o sistema sócio-técnico cujos componentes são os indivíduos, as tarefas e os equipamentos necessários à geração de informações para o funcionamento da empresa”.

Hoje, a tecnologia de SI muda rapidamente, e na opinião de Yan (2000, p.32), o desenvolvimento e a operação dos futuros Sistemas de Informação Hospitalar, com base na visão comunitária do hospital, será bem diferente da visão atual.

Alguns administradores de SIH prevêem que, no futuro haverá, uma entidade denominada serviço de informação de saúde na maioria dos centros médicos e outras facilidades para sistemas de saúde. Enquanto o sistema de saúde se orienta na padronização de sistemas, há sistemas de informação integrados e inovações como uma rede de informações da comunidade médica e computação baseada em registro do paciente, *Base Patient Record* (BPR). A estratégia BPR se baseia no uso de redes inteligentes que automatizam a manutenção dos registros dos pacientes e geram o cuidado integrado do paciente com suporte à decisão adequada, consulta remota e conhecimento especializado que promete melhorar a qualidade da administração hospitalar.

Segundo Yan (2000, p.32), essa estratégia de integração de SIH revolucionaria a prestação de serviços médicos nas próximas décadas. Em princípio, o projeto de SIH ideal deveria ser focado na integração da clínica médica com as aplicações financeiras e administrativas.

O SIH evoluiu lentamente no período 1960-1980, no entanto, em 1989, o desenvolvimento da indústria de computadores e as novas tecnologias desenvolvidas para a área de comunicação incrementaram a criação sistemas hospitalares voltados para a integração de processos. Esse crescimento continua em ritmo acelerado nos dias de hoje.

Nos Estados Unidos, até 1960, o SIH lidava com as informações manualmente, com ajuda mecânica apenas na escrituração (máquina de escrever ou perfuradora de cartão). Alguns departamentos desenvolveram sistemas próprios, mas ainda não existia integração entre eles.

De 1960 a 1969, iniciou-se o uso de computadores, e os projetos de SIH priorizavam aplicações administrativas. O interesse em usar sistemas computadorizados para realizar serviços em outros departamentos hospitalares começou a se desenvolver.

De 1970 a 1979, ao mesmo tempo em que se desenvolvia a tecnologia para microcomputadores, houve crescimento do uso de computadores visando ao processamento e aplicações em linha (on-line). Nesse período aumentou a atenção para o uso de informações para controle administrativo e controle de qualidade da assistência médica. Nesse período nasceu a idéia de sistemas totalmente integrados.

De 1980 a 1989, a tecnologia de microprocessadores desenvolveu-se rapidamente, bem como a capacidade de comunicação de dados graças a novas tecnologias como fibras óticas, transmissão a laser – esses fatores conduziram ao processamento distribuído em aplicações hospitalares. O processamento distribuído, no entanto, gerou problemas de integração de sistemas causados pela descentralização dos computadores nos departamentos do hospital.

Na década de 90, o uso da rede de computadores (web), o aumento na capacidade de armazenamento (digital e ótico) e o sistema de banco de dados relacional promoveram o desenvolvimento de arquiteturas abertas e softwares de múltiplos fornecedores. Os SIH se tornaram sistemas clínicos avançados, focados na administração hospitalar, manuseando informações para desenvolver estratégias de gerenciamento e planejamento.

Segundo Crosby (*apud* RAKICH,1994), a administração de um *Health Services Organizations* (HSO) depende de informação. O planejamento, a resolução de problemas e o controle dos HSO só ocorrem quando os gerentes recebem a informação correta, apropriada e disponível no tempo e formato condizente com as necessidades deles. “The importance of accurate information to support the delivery of health care and the management of the



institutions and programs that deliver that care is beyond question.” (CROSBY *apud* RAKICH, 1994, p. 449).

O mecanismo formal de controle, coleta e distribuição dessas informações, conforme a demanda e o grau, é chamado de *Management Information Systems* (MIS).

O MIS é um termo genérico para designar sistemas customizados para reunir, armazenar, formatar e emitir relatórios, ou tornar disponível para os usuários dados necessários para o bom desempenho das suas funções. O propósito é ajudar no planejamento, na execução e no controle das atividades organizadas. Os sistemas de informações dos *Health Services Organizations* recaem em duas grandes categorias. A primeira seria os sistemas administrativos e financeiros, que proporcionam suporte às operações administrativas e de planejamento gerencial, alocação de recursos e controle das atividades. Na segunda categoria, sistemas de apoio clínico e médico, que fornecem informações no sentido de auxiliar os cuidados e procedimentos com os pacientes. A Figura 1(2) mostra um sistema de informação hospitalar.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> The hospital information system (HIS) application profile (From Zviran, Moshe Design considerations integrated hospital information systems *Hospital & Health Services Administration* 35 (fall 1990) 367, reprinted by permission 1990, Foundation of the American College of Healthcare Executive Ann Arbor, MI Health Administration Press (RAKICH *apud* FONG, 2003, p. 451).

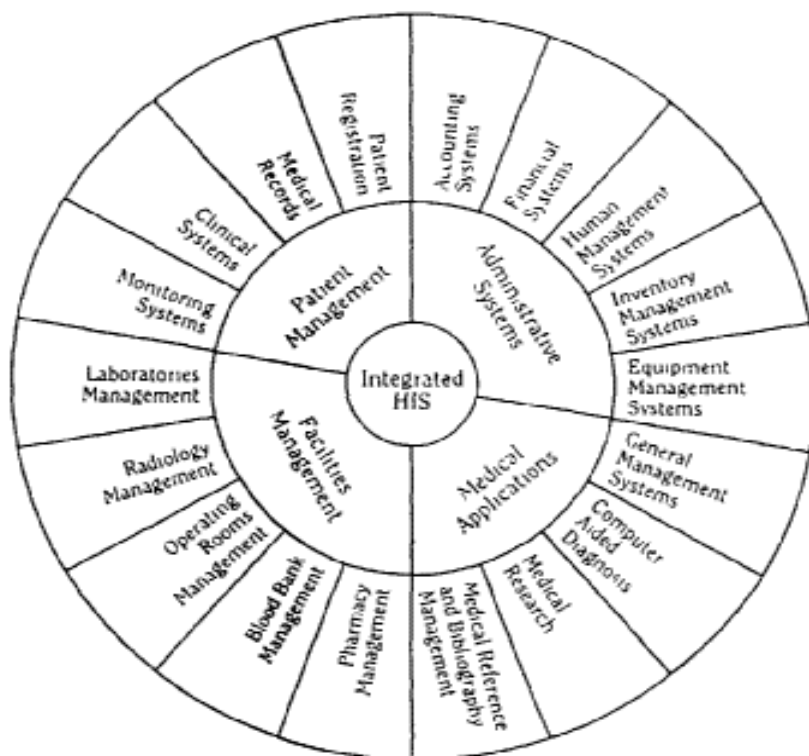


Figura 1(2) – Gráfico do sistema de informação hospitalar

Fonte: Zviran, Moshe Design consideration integrated hospital systems Hospital & Health Services Administration 35 (fall 1990)(apud RAKICH 1993, P. 441).

Como pode ser observado na figura, no gerenciamento de pacientes (*Patient Management*), faz-se o registro de pacientes; arquivam-se os registros médicos pertinentes àquele paciente, e ativam-se os sistemas de tratamento e monitorização do paciente.

Todas essas informações estão integradas às facilidades gerenciais (*Facilities Management*). Todo e qualquer exame ou tratamento prestado ao paciente, que foi registrado no gerenciamento de pacientes, terá suas despesas também relacionadas nos centros de custos de cada setor. Por exemplo, os tratamentos radiológicos daquele paciente serão atribuídos a sua ficha de procedimentos e serão também contabilizados como despesas, custos e faturamentos no setor de radiologia, laboratório, etc. Nos sistemas contábeis (*Accounting Systems*), haverá o controle dos custos dos procedimentos realizados e a verificação de que eles continuam obedecendo aos padrões estipulados. Caso seja verificada alguma diferença dos padrões, os motivos dessa diferença deverão ser investigados.

Os dados do paciente também poderão ficar disponíveis para pesquisas futuras pelo corpo médico, seja interno, seja referente a alguma instituição que os relacione estatisticamente ou de outra maneira que lhe convier. As informações do hospital ainda poderão ser utilizadas administrativamente no apoio a tomada de decisões.

### **1.1.1 Sistema de suporte a decisões (SSD)**

Ao observar a literatura a respeito da teoria da decisão (ANDRADE, 2000, p. 3,19,26), verifica-se grande quantidade de trabalhos relacionados com a prescrição de modelos, com o objetivo de auxiliar a tomada de decisão. Com o passar dos anos, considerando a atitude perante situações de risco, os pesquisadores buscaram a incorporação das preferências do tomador de decisão a esses modelos, sendo a teoria da utilidade esperada uma forma bastante utilizada para essa finalidade.

A economia destaca-se pela utilização de modelos econométricos e a visão de um mundo sem fronteiras geográficas. Em decorrência desses fatores, surge a necessidade de se buscar, com mais determinação, novas estratégias capazes de manter índices de competitividade que garantam a sobrevivência das organizações e minimizem os efeitos perversos de ordem social decorrente da exclusão e da irrelevância.

O impacto da nova ordem da competitividade tornou-se mais evidente, ainda nos países do Terceiro Mundo, no momento em que o risco de irrelevância desses países diante do restante do mundo tornou-se extremamente maior.

O SSD é um modelo que propõe fornecer informações que indicam a relação de causa e efeito e o que está sendo feito de maneira correta ou errada, e não somente as informações financeiras. Na fase de planejamento, os objetivos estratégicos são estabelecidos pelas organizações. São contemplados nesses objetivos os de natureza meramente financeira, bem

como a satisfação de clientes, o ciclo de desenvolvimento de produtos, o grau de inovação, por isso é necessário adotar modelos que também contemplem os aspectos não-financeiros. Mesmo assim, não se pode estabelecer mecanismos que indiquem apenas o que está ocorrendo, mas quando, como e que impacto tem causado no ponto de vista econômico-financeiro e da imagem da organização. É preciso que se saiba as causas da ocorrência dos fatos.

Um modelo de avaliação empresarial eficaz tem de facilitar e permitir o processo de rastreabilidade que leve o gestor até à causa do problema, tanto os de natureza estratégica como operacionais, visto que estes últimos remetem seus efeitos para os primeiros em uma espécie de "efeito dominó", uma vez que ocorrem num contexto de execução de tarefas operacionais e têm o propósito de conduzir a organização aos seus objetivos estratégicos.

A exploração de todas as facilidades de um SSD está estreitamente ligada à existência de uma visão da empresa claramente definida e validada pelos principais executivos. Essa visão seria o objetivo futuro da organização, que deverá estar respaldado em um conjunto de estratégias definidas para alcançar esse objetivo. A proposta do SSD é fornecer ou disponibilizar uma forma de medir sistematicamente a eficácia das estratégias implementadas no intuito de alcançar os objetivos daquela organização. A finalidade do SSD é fornecer essa informação em tempo real, possibilitando aos gestores a possibilidade de correções e realinhamentos que minimizem perdas para a organização.

A literatura (SPRAGUE JR., 1989) também menciona Sistemas de Suporte a Executivos (SSE), que seriam sistemas que forneceriam aos executivos recursos de fácil utilização capazes de produzir relatórios, consultas, gráficos e imagens baseadas na estrutura de informações transacionais por meio de comandos interativos. Para responder às forças desestabilizadoras, as organizações necessitam de alguns ajustes.

Esses ajustes se dão nos seguintes elementos: a contabilidade de custos, como prática normal dentro do sistema contábil de uma empresa, tem como primeira finalidade fornecer informações sobre as movimentações de produtos e/ou operações de serviços prestados, orientando seus administradores na busca de alternativas para a gestão dos negócios. Ocorre que, em razão do acúmulo de implicações legais para apuração do lucro da atividade, essa finalidade foi, com o tempo, sendo substituída pelo aspecto legal, deixando a “contabilidade de custos” de ser considerada como ferramenta de administração (SILVA JÚNIOR, 1998, cap. 13, p.217).

Uma das grandes vantagens do ABC a outros sistemas de custos mais ‘tradicionais’ é que ele permite uma análise que não restringe ao custo do produto, sua lucratividade ou não, sua continuidade ou não etc., mas permite que os processos que ocorrem dentro da empresa também sejam custeados. (MARTINS, 2001, p. 313).

Essa visão fornece duas versões diferentes de custos. Visão vertical – no sentido de apropriar os custos mediante a produção de cada departamento. Ver o custo de um departamento em termos de despesas diretas e indiretas, oriundas de serviços prestados e orçados por outros departamentos da instituição. O resultado, ou o custo médio unitário (CMU), pode ser avaliado por natureza de despesas (material, pessoal, depreciação, etc.) além do tipo de despesa (direta, indireta, fixa ou variável).

Visão horizontal, em que a meta é o aperfeiçoamento dos processos no sentido de captar os custos por meio das atividades realizadas durante o atendimento de certo diagnóstico ou patologia nos vários departamentos. Essa visão avalia as despesas conforme os outros custos que compõem o serviço prestado na instituição, desde a chegada de um paciente até a alta do hospital. O custo total do atendimento é a soma dos custos diretos e indiretos de cada centro de custo envolvido, ou seja, a participação nos custos, será avaliada em cada centro em termos do seu custo médio por serviço prestado, ou por procedimento realizado em benefício do paciente. A visão tomada pelo estudo é horizontal.

A contabilidade geral tem sido a fonte histórica de informações sobre custos em termos de relatórios gerenciais. Segundo Beulke e Bertó (1997, p. 18), em algumas instituições hospitalares têm-se constatado a preocupação com o custo por atividade de forma cada vez mais acentuada. Os autores afirmam que o esforço no controle de custos é importantíssimo para a sobrevivência dos hospitais (os públicos), que dependem em geral de minguadas receitas geradas na prestação de serviços via institutos de saúde pública ou grupos de saúde privada.

Para desenvolver medidas de controle, concorrem diversos elementos gerenciais como a própria contabilidade, o detalhamento dos custos por área de responsabilidade, seu orçamento, a documentação dos dados dos atendimentos dos pacientes, etc.

Segundo Falk (2001, p.24), os custos para fins de relatórios financeiros e o custo para fins de controle gerencial, ou para tomada de decisões, nem sempre andam juntos. O custo em si pode se definido de várias maneiras, por exemplo:

#### Quadro 1(2) – Equação do custo total

$$\text{CUSTO TOTAL} = \text{custo direto} + \text{custo indireto}$$

Fonte: Autoria própria

Os custos diretos são os que estão associados claramente ao objeto do custo; os demais custos podem ser considerados indiretos. O custo total seriam todas as despesas vinculadas à aquisição de um bem ou serviço; caso se trate da aquisição de um bem, o custo referente à aquisição e instalação do equipamento é expresso em termos de depreciação. A depreciação seria o valor resultante da relação do custo total do aparelho com sua vida útil estimada em alguma medida de tempo (anos, meses ou dias). Caso o bem em questão seja um equipamento

que necessite de um ou mais operadores, surge o custo de operação que incluiria o salário do pessoal técnico para efetuar os tratamentos e do pessoal de suporte administrativo, medicamentos e material de consumo e infra-estrutura necessários para garantir ao paciente o atendimento devido. O custo de operação, em geral, é muito influenciado pelo volume de atendimento.

Outro conceito de custo comum em ambiente hospitalar, segundo Falk (2001, p.25), é o custo médio de tratamento representado pelo custo total do procedimento dividido pelo número de pacientes atendidos ou previstos.

#### Quadro 2(2) – Equação do custo médio de tratamento

$$\text{CUSTO MÉDIO DE TRATAMENTO} = \frac{\text{custo total do procedimento}}{\text{número de pacientes atendidos}}$$

Fonte: Autoria própria

A empresa WPD, atuante no mercado de saúde,<sup>3</sup> criou o sistema WPD de Informação Hospitalar (WPDHOSP) visando eliminar as perdas provenientes da falta de controle das informações hospitalares. Esse sistema apresenta-se em módulos (recepção, ambulatório médico, marcação de consulta, urgência, diagnóstico por imagem, laboratório, custos, contabilidade, etc.), os quais interagem, trocando informações e fornecendo meios de gerir e controlar a instituição hospitalar.

No sistema WPD, o módulo chamado wCustos é o responsável por tratar as informações referentes às composições de custos dos atendimentos e procedimentos, bem como da apuração de custos em geral.

---

<sup>3</sup> Hospitais, clínicas e casas de saúde.

O programa wCustos tem íntima ligação, como módulo de um SIH, com os sistemas SSDs, numa metodologia amigável (*user-friendly*) e Sistema de suporte à estratégia (SSE), para permitir uma união global dos custos sendo praticados em todos os departamentos ou centros de custos, analisando os esforços financeiros, em termos de *overhead*, para que as funções vitais do hospital possam ser realizadas com qualidade, eficiência e presteza.

O desafio hoje é ajustar os custos da empresa aos preços que o mercado esteja pronto a pagar.

Em geral, o hospital organiza-se em departamentos, setores e seções, para os propósitos da produção dos serviços médicos. Essa estrutura é necessária para a acumulação de custos departamentais, seu controle e a determinação dos custos dos procedimentos médicos por paciente. O departamento de produção médica gera receitas com a passagem dos pacientes. São exemplos de departamento de produção a UTI, os centros cirúrgicos, a radiologia, o laboratório, etc.

Nos departamentos auxiliares, ou os pacientes não passam por eles ou não são geradores de receitas. Esses departamentos são a farmácia, o departamento de alimentação e nutrição, a manutenção, a limpeza e a administração.

Segundo Martins (1999, p. 55) a departamentalização e a criação de centros de custos agregados aos departamentos são de extrema importância para a determinação dos custos dos procedimentos médicos por paciente e controle efetivo dos custos e despesas hospitalares.

A WPD é uma empresa que atua no mercado de sistemas de informação hospitalar há 15 (quinze) anos e ganhadora de vários prêmios como: Prêmio Master de Ciência e Tecnologia (2000 e 2001) conferido pelo Instituto de Qualidade (IQ) de Campinas (São Paulo) ao sistema WPDHOSP como a melhor solução hospitalar do País, e o Prêmio *Best Choice* (2002) conferido pela IBM como a melhor solução na categoria *Data Management* (gerenciador de dados). O sistema de gestão hospitalar da WPD é negociado em módulos, e a



Unimed adquiriu todos os módulos do sistema WPD, entre eles o módulo de custos (wCustos).

O wCustos foi desenvolvido por uma equipe multidisciplinar sob orientação do consultor e professor James Anthony Falk, Ph.D. (autor do livro *Gestão de Custos para Hospitais: conceitos, metodologias e aplicações*) unindo conhecimento de negócios e tecnologia.

O wCustos apóia-se no modelo de gestão de custos, desde a estruturação da empresa por centro de custos, alocação das despesas diretas (por fonte de despesas e por centro de custos) gerando tabelas, gráficos, relatórios analíticos e sintéticos mensais, periódicos sobre os custos médios unitários, custos por procedimento e por processos; tudo conforme a estrutura de centro de custos parametrizadas para cada organização participante.

Essa ferramenta possibilita a análise de resultados integrada ao faturamento hospitalar. Por exemplo, o administrador hospitalar poderá pesquisar por vários parâmetros, como admissão, alta, transferência de pacientes, percentuais de ocupação, quantidade de cirurgias, consumo, saldo e giro do estoque, etc. Essas informações ficam à disposição do administrador graças às referências cruzadas, gráficos, planilhamento e comunicação de todos os módulos entre si de forma a tornar disponíveis as informações da maneira que forem necessárias.

Em um exemplo de SIH integrado, os módulos Posto de Enfermagem e Prontuário Eletrônico funcionariam de forma que a medicação e dietas prescritas poderiam ser controladas, baixando do estoque os produtos previstos e gerando o consumo do paciente; controle do fluxo de medicamentos e outros materiais desde a prescrição médica, passando pela distribuição no módulo de farmácia até a checagem final no módulo de enfermagem.

O sistema wCustos resultou de experiências e estudos no Brasil e nos Estados Unidos e apresenta métodos científicos de cálculo e consultas gerenciais para oferecer aos administradores as informações sobre custos visando auxiliar a gestão de suas instituições de

saúde. Uma das facilidades oferecidas pelo sistema é a alocação das despesas com conhecimento analítico e sintético dos custos diretos e indiretos em vários níveis da organização, o que possibilita estabelecer um programa de controle com diminuição dos gastos por unidade ou função operacional da organização, como centros de custos, procedimentos e processos, etc.

O sistema wCustos também possibilita o registro da composição das despesas de cada centro de custos por grupo de despesas (material, pessoal, depreciação, despesas gerais e operacionais ou qualquer outro grande grupo apresentado no plano de contas da organização) a fim de permitir um controle descentralizado (centros de custos) numa visão consolidada por setores e divisões organizacionais.

Beulke e Bertó (1997) definem sistema como “um conjunto de procedimentos adotados numa empresa para calcular algo”, geralmente os bens e serviços processados nela. Na apreciação de sistemas de custeio, a categoria dos valores empregada interfere no cálculo conduzindo a diferentes resultantes em termos de custo unitário nos serviços e procedimentos.

Pelo sistema de custos descrito por Beulke e Bertó, pode-se optar por três tipos de rateio (direto, escalonar e recíproco), que ajudam a evolução organizacional e podem ser utilizados para verificar resultados diversos conforme cenários propostos:

- a) sistema SBC (*Structural Based Costing*) com cálculo do custo médio unitário (CMU) para avaliação de desempenho dos centros de custos com gama de serviços pouco diversificados;
- b) sistema PBC (*Procedural Based Costing*), com cálculo de Unidade de Valor Relativo (UVR) para centros de custos mais complexos, com ponderação dos diversos procedimentos, respeitando suas complexidades e custos diferenciados;
- c) comparação dos custos calculados com os custos padrão estabelecidos por processo, procedimento-centro de custos e itens de despesas;

- d) sistema DBC (*Diagnostic Based Costing*) ou método simplificado do sistema ABC (*Activity Based Costing*) para o cálculo dos custos por diversos processos médico-hospitalares (baseado no tratamento de um determinado diagnóstico) desenvolvidos na organização;
- e) apresentação de relatórios de custo-resultados;
- f) apoio na formação do orçamento com base nos custos unitários dos serviços e no histórico das despesas.

O sistema de custeio por absorção ou tradicional se caracteriza pela apropriação integral de todos os custos (diretos e indiretos ou então fixos ou variáveis) aos serviços (BEULKE E BERTÓ, 1997, p. 38). Estes passam a ter um custo total, porque absorvem os custos diretos e indiretos, em que os custos indiretos são apropriados por critérios genéricos e convencionais.

O sistema de custeio direto ou Marginal caracteriza-se por apropriar aos produtos e serviços somente os custos que variam com seu volume, ou seja, custos proporcionais diretos e alguns custos proporcionais indiretos. Nesse contexto os custos fixos são considerados custos estruturais ou do período, e não relacionados com o tipo ou volume de serviço/procedimento.

## **2.2 Mudança organizacional e sistemas de informação (SI)**

O desenvolvimento tecnológico citado anteriormente não poderia ocorrer sem a conseqüente mudança em processos realizados na própria estrutura organizacional da empresa.

Naisbitt e Aburdene (*apud* WOOD JR., 1995, p. 17) falam de uma nova era corporativa, para a qual a sobrevivência das organizações depende de sua capacidade de

adaptação. Os autores afirmam que a sociedade de informações substituirá a sociedade industrial, mudando radicalmente as estruturas sociais; o capital humano será o recurso mais importante e mais valorizado; em decorrência da introdução da tecnologia de informação, a burocracia desaparecerá e os controles, bem como os controles dos níveis intermediários das organizações e o trabalho, passariam a ser encarados como uma forma de desenvolvimento humano.

Segundo Medeiros Filho (1992, p. 18), as organizações enfrentam, de modo contínuo e permanente, diversas variáveis que podem colocar em risco sua sobrevivência se não forem gerenciadas com eficiência. O autor fala na necessidade de adoção de um programa gerencial que garanta às empresas a sobrevivência, melhoria da produtividade, lucratividade, que tenham a flexibilidade necessária para enfrentar as novas situações que estão por vir.

Para Motta (1995, p.12), “os conceitos de modernização, eficiência e qualidade possuem valorações diversas conforme a premissa social sobre o seu uso”. Esses conceitos podem ser avaliados quando se confronta a informatização ou automação. Quando eles ocorrem, não implicam apenas a simples troca de procedimentos técnicos, mas também envolvem uma alteração na concepção do ambiente de trabalho e de organização social da produção. Em geral, as inovações causam impacto na sociedade, porque aumentam ou diminuem o acesso de clientes, ampliam ou reduzem o número de empregados, implantam critérios sobre quem ganha ou perde e, assim, geram benefícios e prejuízos sociais.

March (*apud* WOOD JR., 1995, p. 20) diz que as organizações estão mudando continuamente, porém essas mudanças não podem ter um controle arbitrário, e, na realidade, o fator predominante que as motiva é simplesmente a resposta a alterações do meio ambiente. Em uma pesquisa da Coopers & Lybrand (*apud* WOOD JR., 1995, p. 19), realizada nos Estados Unidos, conclui-se que as empresas mudavam principalmente em virtude de novas tecnologias, ou de restrição de recursos, ou para se adequar a novas legislações.

Herzog (*apud* WOOD JR., 1995, p. 19) leva em consideração que, para enfrentar com sucesso o processo de mudança, a chave é o gerenciamento das pessoas, mantendo alto o nível de motivação e evitando desapontamentos. Ele diz que o grande desafio não é a mudança tecnológica, mas mudar as pessoas e a cultura organizacional, renovando os valores para ganhar vantagem competitiva.

A mudança se tornou necessária e indispensável para a sobrevivência das empresas, porém a experiência com transformações no sistema produtivo e na organização do trabalho ensina prudência com a aceitação indiscriminada de métodos de mudanças. Se para muitos existem ganhos, para outros, a experiência pode ser danosa.

Motta (1995, p. 21) considera que os modelos de mudanças se sucedem atraindo a atenção ou desatenção de empresários e administradores. Isso se dá conforme julgamentos de proveitosos ou inúteis. Para ele, os modismos vulgarizam os conceitos de paradigma, teoria e modelos de inovação organizacional, dando-lhes conotações diversas, superficiais e contraditórias: dispensam justificativas na experiência prática ou fundamentação teórica, e, assim, qualquer modelo se apresenta como portador da verdade. O autor recomenda cuidado com os modismos, pois apesar de muitas variações serem fruto do desenvolvimento administrativo e surgirem para introduzir novidades, ou para chamar a atenção sobre algo que antes passara despercebido, outras realmente retratam alterações simplistas ou roupagens novas para velhos conhecimentos.

Medeiros Filho (1992, p. 23) recomenda a necessidade permanente de sintonia com as condições existentes nos negócios da organização. Desse modo, identificam-se as modificações necessárias. O autor alerta para a barreira constituída pela resistência às mudanças. Essa resistência se baseia na cultura organizacional que normalmente patrocina uma espécie de política de estabilidade, que se traduz em acomodações resistentes à inovação e criatividade.

O autor afirma que toda mudança organizacional coloca as pessoas envolvidas no processo diante de um dilema primordial: manter o *status quo*, favorecido e patrocinado pela cultura organizacional, ou mudar diante das exigências do mercado. Compete à gerência estimular e patrocinar um cenário que possa resistir ao *status quo* e conduzir todas as variáveis envolvidas no processo em direção a um clima propício às mudanças mediante inovação, criatividade e comprometimento dos recursos humanos.

Na década de 60, quando os computadores começaram a ser usados nas empresas, um grupo de cientistas americanos decidiu analisar e estudar as organizações dando ênfase ao processo de mudança dentro delas. Esses trabalhos abordavam aspectos interessantes da relação com seus fatores condicionantes, tanto internos quanto externos. Segundo Kisil (2001, p. 5), uma organização é a coordenação de diferentes atividades de contribuintes individuais com a finalidade de efetuar transações planejadas com o ambiente. A abordagem sistêmica recebeu um destaque importante na literatura, acompanhada da idéia de mudança.

Want (1990) categoriza cinco tipos de mudança:

- por opção – quando a organização não está sujeita a nenhuma pressão;
- operacional – para fazer frente a deficiências específicas;
- direcional – quando uma alteração estratégica é necessária;
- fundamental – quando a própria missão é alterada;
- total – para casos críticos, como uma falência iminente.

Deal e Kennedy (1982) afirmam que a mudança se converteu num modo de vida para as organizações, que elas não mudam apenas para adequar-se ao ambiente ou à tecnologia, mas, simplesmente, porque se espera que elas mudem. Os autores acreditam que a mudança é necessária quando ocorrem grandes perturbações ambientais, e mudar torna-se uma questão de sobrevivência. Eles enumeram como fatores de sucesso necessários à mudança o

reconhecimento da importância de se ter consenso sobre a mudança; a comunicação clara dos objetivos e as alterações a ser implementadas; o esforço especial no treinamento; dar tempo ao tempo e encorajar a idéia da mudança como fator de adequação ao meio.

Para Falsarella (2002, p.2), a Tecnologia da Informação (TI) fornece o conjunto de recursos existentes e disponíveis em uma organização por meio dos quais pode-se armazenar, recuperar e disseminar informações.

Segundo McNurlin e Sprage (1993, p. 25), no momento em que a TI passa a ser utilizada por uma organização como ferramenta para aumentar a competitividade, ocorrem mudanças na estratégia de negócios e, conseqüentemente, na estrutura organizacional. São alguns exemplos de mudança: redução de pessoal, quando a redução de custo é fundamental para a organização se tornar competitiva; mudança na forma como as decisões são tomadas, quando obtém com maior facilidade informações para auxiliar no processo de tomada de decisão; flexibilidade e facilidade de gerenciamento, proporcionado pela implantação das novas TI.

Falsarella (2002, p.9) propõe cinco possíveis tipos de mudança da estrutura organizacional causados pela implantação de TI:

- a) alteração do nível de tomada de decisão – decorrente de alteração de estrutura de poder;
- b) criação de estruturas organizacionais – a TI pode abrir novas áreas de negócios, novos departamentos ou áreas de suporte;
- c) eliminação de estruturas organizacionais – a reorganização causada pela TI pode ocasionar diminuição do quadro pessoal e eliminação de níveis hierárquicos, de áreas funcionais e até de departamentos inteiros;

- d) reorganização de processos – a TI pode causar mudança no fluxo de informações que circulam pela organização e causar mudanças na forma de gestão dos negócios.
- e) alteração do tipo da estrutura da organização – a TI permite a integração de várias unidades de negócios por meio da facilidade de troca de informações.

O conceito de mudança envolve várias conotações, até quando se aborda o conceito de organizações, por exemplo: pode-se deslocar de uma determinada posição para uma nova posição; dispor elementos de outro modo; dar outra direção, etc.

Para Motta (1995, p. 72), modelos de organizações são formas particulares de ver um fenômeno global. Por um lado, são úteis, porque valorizam determinados fatores; por outro lado, são perigosos porque podem ocultar do analista a percepção de outros fatores de igual relevância. O Quadro 3(2) reflete os modelos conceituais de organização e os respectivos instrumentos de mudança associados a ele por Motta (1995, p. 73).



Quadro 3(2) – Perspectivas de análise organizacional por temas prioritários e unidades de análise

PERSPECTIVA	TEMAS E UNIDADE DE ANÁLISE	
	TEMAS PRIORITÁRIOS DE ANÁLISE	UNIDADES BÁSICAS DE ANÁLISE
<b>ESTRATÉGIA</b>	Interface da organização com o meio ambiente	Decisão (interfaces ambientais)
<b>ESTRUTURAL</b>	Distribuição de autoridade e responsabilidade	Papéis e status
<b>TECNOLÓGICA</b>	Sistemas de produção, recursos materiais e ‘intelectuais’ para desempenho das tarefas	Processos, funções e tarefas
<b>HUMANAS</b>	Motivação, atitudes, habilidades e comportamentos individuais, comunicação e relacionamento grupal	Indivíduos e grupos de referência
<b>CULTURAL</b>	Características de singularidade que definam a identidade ou programação coletiva de uma organização	Valores e hábitos compartilhados coletivamente
<b>POLÍTICA</b>	Forma pela qual os interesses individuais e coletivos são articulados e agregados	Interesses individuais e coletivos.

Fonte Motta (1995, p. 73)

A história da organização, como a da vida social é, em essência, a história da mudança. Embora seja um tema comum, a mudança continua a receber atenção, sendo analisada com mais profundidade.

O evolucionismo fundamenta-se no progresso contínuo e na finalidade histórica única. Ao aceitar o evolucionismo, os modelos de progresso administrativo viam a empresa em busca permanente de maior eficiência e qualidade. Em princípio, só as empresas pioneiras desconheciam as trilhas da mudança, e para as outras, progredir seria repetir as práticas mais avançadas. Definiram-se estágios de desenvolvimento administrativo e modelos de inovação inspirados em instituições mais desenvolvidas. O modernismo significou o rompimento com

tradições milenares, instituindo uma ordem social mais dinâmica, direcionada pelo avanço tecnológico e pelo poder da razão humana; substituiu dogmas, pensamento mítico e visão de mundo centrada na divindade, inaugurando o primado da ciência, do progresso econômico e da razão.

Segundo Morone (*apud* ROSENBLOOM E BURGELMAN, 1993, p. 140), a criação de um negócio ou linha de produtos atribui-se a um único conjunto de desafios de gerenciamento. Isso leva muito tempo, às vezes mais de uma década, e requer um investimento intensivo no processo que geralmente também é marcado por reveses e surpresas desagradáveis, e sem garantia de sucesso.

Antes de tudo, é necessário encontrar as razões que geraram ou gerarão as mudanças. Essas razões podem vir do ambiente externo ou interno. As forças desestabilizadoras identificadas como externas são aquelas advindas de mudança do ambiente externo à organização, podendo advir de mudanças no ambiente político, social, econômico ou tecnológico em que a organização se situa.

As mudanças sociais envolvem mudanças nas crenças, valores, atitudes e opiniões que geram novos conceitos de bem-estar dos membros da sociedade. As mudanças políticas provêm, geralmente, da opção ideológica do grupo que está no poder. As mudanças econômicas têm grande influência em mudanças sociais, em aumento e diminuição de consumo e outros fatores. O desenvolvimento tecnológico externo à organização pode abrir novas opções de crescimento dos negócios.

As fontes desestabilizadoras internas geralmente são causadas por associações profissionais, que podem exigir mudanças internas; por novos objetivos ou metas organizacionais ou por recursos organizacionais excedentes que abrem possibilidade de novos investimentos em setores serem identificados.

Para Torres (1995), o principal elemento de mudança nos dias de hoje é a TI, pois tem uma capacidade de integração intra e interorganizacional.

Segundo Motta (1995), a perspectiva tecnológica e processual na inovação organizacional readquiriu um grande vigor nas últimas décadas com as práticas dos programas de qualidade e com a reengenharia. Nos dois casos, a proposta incluía romper hábitos de ineficiência adquiridos na prática produtiva e reconstruir processos organizacionais em função de tecnologias modernas.

O planejamento da empresa se baseia em análises econômicas, sociais e previsões, que, em consonância com a tecnologia existente, resultam em oferta de produtos e serviços. As sociedades contemporâneas buscam novo entendimento sobre as repercussões sociais oriundas das inovações empresariais. Valores, teorias e práticas que forjaram as organizações do trabalho no século XX se aplicam cada vez menos. Novos conceitos de emprego e produção começam a colidir com leis, práticas e tecnologias tradicionais.

Um fator importante a ser considerado é que qualquer mudança organizacional precisa ser gerenciada; deve haver obrigatoriamente o envolvimento de cada membro da organização, e nesse caso os gerentes ou chefes só lideram ou conduzem grupos, e não pessoas. A respeito de fatores de liderança necessários em mudanças organizacionais, Kisil (2001, p. 16) afirma:

“[...] liderança transformadora deveria ter as seguintes capacidades:

- ter uma visão de futuro e do cenário social a ser construído;
- poder trabalhar com outros na construção da organização e nas tarefas de um projeto;
- reconhecer os processos e ter flexibilidade para se adaptar ativamente a eles;
- ter atitudes de servir e estar instrumentalizado para o processo de conduzir a mudança requerida;
- privilegiar a imaginação e valorizar a utopia, para ser criativo;
- saber usar conhecimento e informação;
- promover a motivação de todos os participantes;
- assumir as ambigüidades e os conflitos para resolvê-los;
- assumir riscos, mesmo à custa da própria segurança pessoal no emprego;
- ter grande compromisso ético com seu papel de líder;
- saber escutar e comunicar-se.”

Na ótica voluntarista, a mudança é encarada como um processo que deve ser planejado estrategicamente. O processo de mudança evolui de forma que, partindo de um estado desconhecido, chega-se a um estado almejado inicialmente. Portanto, são os agentes da mudança que identificaram as forças restritivas e providenciam estratégias para administrar o processo de mudança, usando técnicas da abordagem comportamental a fim de mudar o comportamento dos indivíduos e/ou dos grupos.

Em seu modelo de avaliação, Freitas et al. (1994) sugere o controle dos seguintes requisitos:

- a) identificação clara de uma necessidade que pode ser usada como tendência à aceitação e ao sucesso do sistema; caso essa necessidade não se faça sentir, o insucesso pode ser considerado;
- b) comparação dos recursos dos sistemas com outros existentes é sempre bom; esse processo visa destacar os recursos que levaram à escolha do sistema na ocasião da concepção e do desenvolvimento;
- c) implantação orientada no sentido de reduzir a resistência, porque sem conquistar os usuários do sistema, a possibilidade de insucesso aumenta consideravelmente.

Na opinião de Dias (1985, p.52), os trabalhos futuros sobre a avaliação de eficácia de SI deveriam considerar os fatores pessoais e subjetivos, que afetam a percepção do usuário daquilo que constitui um sistema com mais ênfase.

Alguns casos de avaliação de impacto do SI usam os benefícios provenientes de sua implantação como fatores de avaliação; esses benefícios são assim classificados:

Tangíveis – são aqueles que trazem à organização vantagens econômicas quantificáveis advindas do uso do SI (KENDALL; KENDALL *apud* FREITAS et al., 1994).

Intangíveis – benefícios difíceis de quantificar, porém advindos da implantação do SI, por exemplo: aumento de precisão, melhoria na tomada de decisão, melhoria na imagem da empresa, etc.

A informação se tornou um recurso estratégico capaz de gerar as condições necessárias para alcançar objetivos organizacionais. Segundo Bertero (*apud* VIEIRA et al, 1995): “A tecnologia passou a ser fator estratégico e recurso crítico para a empresa que deve operar em ambientes turbulentos, onde a mudança no mercado é frequentemente o reflexo de alterações que são introduzidas ao nível da tecnologia.”

Com o advento dos planos de saúde, o acesso ao tratamento hospitalar difundiu-se; os conveniados passaram a opinar na hora de escolher os hospitais e os hospitais tiveram de implementar diferenciais no tratamento e no atendimento para angariar mais clientes. Esse processo gerou a necessidade de mudanças nas filosofias e procedimentos hospitalares.

A evolução dos contratos de prestação de serviços hospitalares para os convênios e a estipulação de pacotes de atendimento trouxe a necessidade, por parte dos hospitais, de mudar os procedimentos de cálculo de custo e de otimizar os procedimentos hospitalares, visando maximizar a qualidade do atendimento e minimizar os custos. Para que o planejamento, a implantação e o acompanhamento dessas mudanças ocorressem de forma eficiente, grande parte dos administradores hospitalares recorreu às ferramentas de TI para facilitar e dinamizar o acesso às informações gerenciais e do trato hospitalar em si. Porém, para chegar às ferramentas de TI, é necessária a delimitação das necessidades ou atividades. Segundo Martins (2001, p.307):

“A gestão Baseada em Atividades apóia-se no planejamento, execução e mensuração dos custos das atividades para obter vantagens competitivas; utiliza o Custeio Baseado em Atividades e caracteriza-se por decisões estratégicas como:

- Alteração no mix de produtos;
- Alteração no processo de formação de preços;
- Redesenho de produtos:

- Eliminação ou redução de custos de atividades que não agregam valor;
- Eliminação de desperdícios;
- Elaboração de orçamentos com base em atividades, etc.”

No caso da Unimed, houve toda a adaptação dos processos baseados em SBC, DBC e PBC mencionados anteriormente. Após esses ajustes, houve a implantação das ferramentas de TI.

Segundo Joseph M. Juran (*apud* BERWICK et al., 1994), o hospital é visto como empresa participante do ramo da “indústria da saúde”, e apesar das diferenças das demais na questão histórica, tecnológica e cultural, tem, na interpretação dos processos administrativos, semelhanças com as demais indústrias.

Os *mainframes* (computadores de grande porte), tiveram seu uso restrito a poucas empresas inicialmente em razão do alto custo de investimento que representavam. Com a revolução da indústria de computação, que passou a fabricar máquinas menores e mais potentes com um custo que permitia um investimento inicial mais acessível, as empresas começaram a investir em informatização. O uso da TI aumentou com o desenvolvimento da indústria eletrônica e gerou mudanças nas relações dos trabalhadores com suas tarefas. Segundo Rodrigues et al. (1988 a, p. 46), “o potencial da informática faz com que o controle gerencial possa ser exercido sem a necessidade de relações diretas com os subordinados”, tornando a TI um potencial agente de mudança.

A idéia inicial de um sistema de informação hospitalar é facilitar a coleta, o armazenamento e a integração das informações com os diversos setores, proporcionando um funcionamento harmônico e integrado com o cumprimento das metas organizacionais com o mínimo de perdas possíveis e o máximo de controle. Geralmente em um SIH, a busca imediata de informações ocorre em maior número do que o armazenamento em si. Para Komagata (2002), a característica mais importante de um sistema de informações hospitalares é sua capacidade de integrar todos os setores informatizados.

A utilização da Informática na gestão hospitalar evoluiu, nos últimos 25 anos, de uma situação em que o computador era utilizado para a realização de tarefas relativamente simples e isoladas entre si, até o atual nível de integração global, na qual se procura unir, através de um sistema único, os diversos pontos de geração e utilização da informação dentro da organização clínica. O estado-da-arte da informatização dos hospitais reside, portanto, nos denominados Sistemas de Informação Hospitalar (SIH). (JOHANSTON,1993).

Um SIH moderno trata os problemas básicos de registro de pacientes, as informações para elaboração de estatísticas e/ou relatórios, um resumo dos diagnósticos, das terapias realizadas, das informações cirúrgicas e das comunicações ordens/resultados, para dar suporte ao processo de tratamento. Pode-se dizer que as funções descritas acima se constituem como a base fundamental de um SIH, uma vez que certamente a maior parte dos hospitais faz uso dessas funções.

O desenvolvimento de SIH começou nos anos 60 nos grandes hospitais – escola dos EUA e da Europa – com os custos do hardware e do software, então disponíveis apenas para grandes instituições que podiam arcar com o investimento requerido para um computador suficientemente grande na execução das funções descritas até aqui. De acordo com Johanston (1993), muitas *software-houses* e *system-houses*<sup>4</sup>, em muitos países, assim como muitos fabricantes de hardware de grande e médio porte, passaram a oferecer sistemas *turn-key* (para pronta operação) de informação hospitalar, genéricos e especializados. A solução adotada na época (que ainda continua sendo utilizada em vários países, inclusive no Brasil) foi a do sistema totalmente centralizado.

---

<sup>4</sup> Casa de sistemas e/ou programas, empresas especializadas em desenvolver programas para computadores.

## 2.3 Gestão de recursos financeiros

O aumento crescente na complexidade e no volume de recursos financeiros associados à gestão de instituições de saúde tornou obrigatória a utilização de instrumentos de administração financeira mais sofisticados. Em geral, esses instrumentos são complementares e interdependentes, sendo necessária sua junção em um conjunto coerente.

O administrador financeiro, segundo Coutollenc e Zucchi (1998, p. 23), tem as seguintes responsabilidades: obter e manejar fundos, administrar os bens ativos da instituição, determinar o volume total do capital a ser mobilizado, alocar esse capital eficientemente entre vários ativos e obter uma estrutura financeira adequada às necessidades e características da instituição.

A maioria dos serviços de saúde tem como peculiaridade o fato de sua produção não se dissociar do seu consumo: o serviço só se concretiza no momento em que é entregue ao cliente; ele não pode ser estocado para venda posterior. Afora o fato acima, é perfeitamente possível associar os elementos formadores como serviços e bens de um processo produtivo. No processo de produção de serviços de saúde, entram insumos e sai um produto final. Os insumos seriam os recursos humanos, materiais médicos ou hospitalares, equipamentos, instalações e a tecnologia para operá-los; todo este *staff* tem um custo mesmo que a unidade ou instituição que o utiliza não realize nenhum desembolso direto por eles. Qualquer que seja a forma de ressarcimento dos serviços, eles têm de ser ressarcidos, e é responsabilidade do prestador utilizar os recursos eficientemente de forma a oferecer o melhor serviço pelo menor custo.

Segundo Al-Assaf (1994, p.163) os investimentos em qualidade podem reduzir custos e aumentar receitas, por exemplo, as necessidades dos clientes passaram a ser mais bem satisfeitas, o que contribuirá para o aumento de receita.



A Sociedade Americana de Controle de Qualidade – *American Society for Quality Control* (ASQC) – define custo de qualidade como “uma medida de custo associada especificamente com a realização ou não realização de produto ou serviço de qualidade – definida como todo produto ou serviço de requisitos estabelecidos pela companhia e contratados com os clientes” (AL-ASSAF, 1994, p.162).

## 2.4 Sistema de custo

Segundo Domingos Martins (1999, p. 24), o sistema contábil é a fonte de informação e instrumento perfeito para análise, controle e determinação das variações de patrimônio dos hospitais, com ou sem finalidade lucrativa. As informações são requisitadas por diferentes interessados quando vão decidir sobre investimentos, financiamentos, distribuição de resultados e investimentos em recursos humanos.

Já Eliseu Martins (2001), comenta que a contabilidade de custos é parte integrante da administração de uma empresa e proporciona à administração do hospital registro dos custos da produção médica, registro das despesas administrativas, comerciais, tributárias, financeiras, permitindo a avaliação dos resultados por meio da comparação dos custos da produção médica, das despesas incorridas com os padrões de custos e despesas preestabelecidas. A contabilidade de custos também possibilita otimizar o planejamento, a organização e o controle visando criar serviços médicos de qualidade com o menor custo possível. Em geral, nos hospitais, utilizam as bases disciplinadoras das conversões contábeis na elaboração de demonstrações financeiras e transações.

De acordo com Crosby ( *apud* RAKICH, 1994, p.417) “qualidade é gratuita. Não é um presente, mas é gratuita. O que custa dinheiro são as coisas sem qualidade – todas as ações

que envolvem não fazer o trabalho corretamente desde a primeira vez”. A visão de qualidade de Crosby baseia-se na conformidade dos requisitos; ele prega “satisfazer o cliente primeiro, finalmente e sempre”.

Crosby enfatiza a necessidade de a organização reconhecer o alto custo da qualidade pobre. Em serviços de saúde, o procedimento incorreto tem um custo tremendo. No gráfico tipo iceberg – Figura 2(2) – apresenta-se um modelo em que se visualiza o aumento dos custos associado à queda de qualidade.

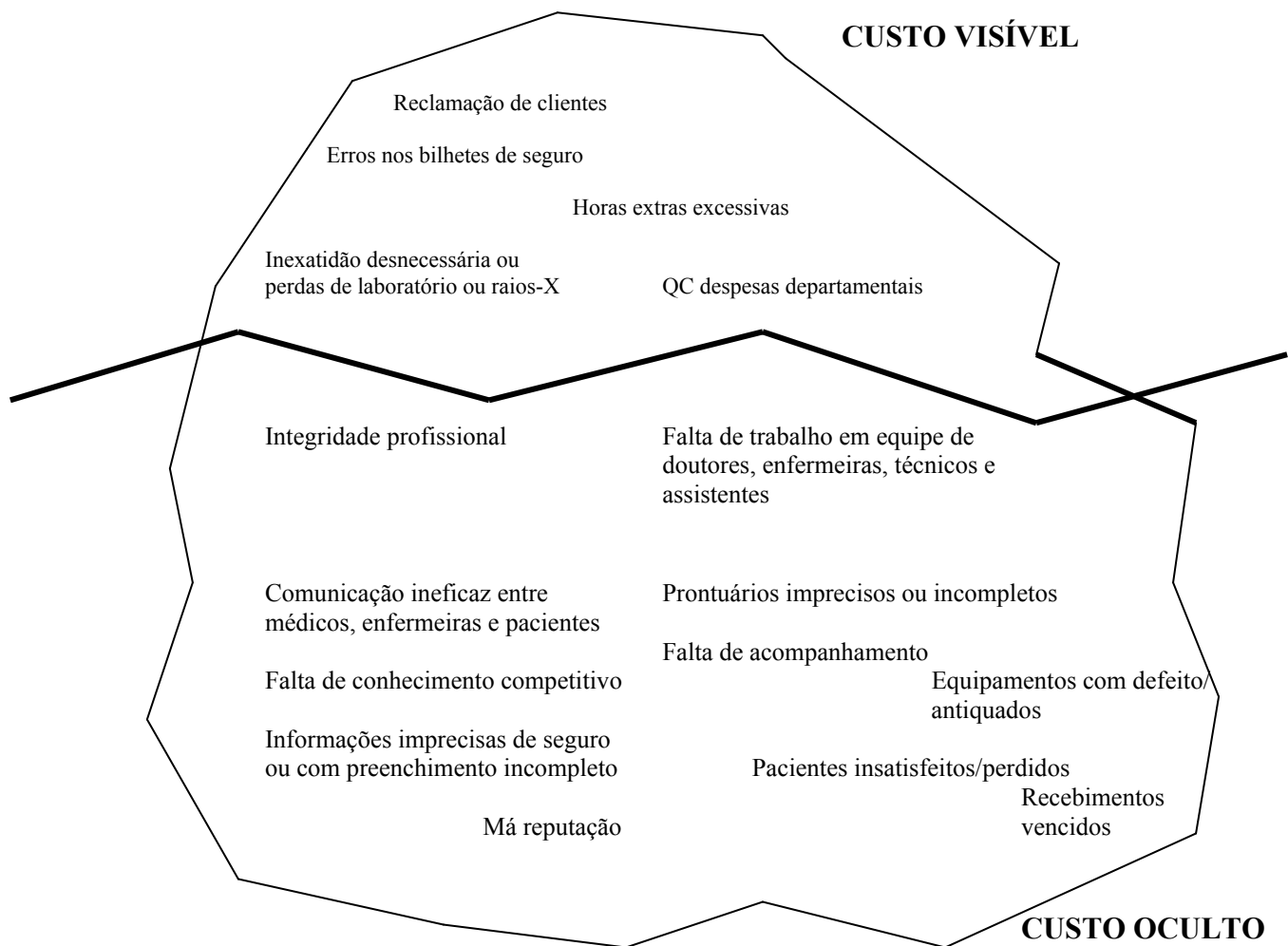


Figura 2(2) – Gráfico tipo iceberg do custo visível e oculto da baixa qualidade  
 Fonte: Carol Greebler, TQM Plus. San Diego, CA, 1989

Na figura, visualiza-se o aumento de custo visível gerado pelos erros na cobrança aos seguros de saúde, o que retarda o ressarcimento/pagamento do tratamento; o tempo excessivo no atendimento/tratamento, as perdas de laboratório ou testes de raios-X e outros.

Os custos ocultos são decorrentes da falta de integridade profissional, da ineficiência entre médicos, enfermeiros e pacientes e da má reputação.

De acordo com a Associação Americana de Hospitais (AHA), em 1980, os hospitais foram considerados organizações que empregavam grande quantidade de pessoas nas comunidades em que estavam instalados; representavam a prestação de serviços sumamente importantes e empreendiam gastos significativos na prestação desses serviços.

O aumento da participação de instituições particulares de prestação de serviços de saúde e a abertura do mercado de seguro-saúde para empresas estrangeiras despertaram a necessidade de sistemas de apuração de custos que possibilitassem melhor análise gerencial.

Segundo a AHA (FALK, 2001, p.16), os objetivos de um sistema de contabilidade de custo hospitalar devem incluir os componentes a seguir: uma base comum para comunicação; uma metodologia de medição de casos atendidos; uma forma de informar à gerência de recursos em todos os níveis; um método que permita à administração identificar e alterar gastos fixos e variáveis, e um método de identificar funções ineficientes e demonstrar qual a natureza do problema.

O processo administrativo é composto por três fatores conforme Martins (2001 p. 51): Planejamento – seria a tarefa básica do administrador, que, por sua vez, consiste na elaboração de orçamentos expressos em dados físicos e financeiros baseados em volume de procedimentos médicos expressos em valores monetários de custos, despesas e receitas. O administrador também deve manter o equilíbrio entre custos, despesas e receitas, sendo esse seu objetivo principal visando garantir que a empresa sobreviva no sistema de economia de mercado.

Organização – a tarefa começa quando os objetivos do hospital são estabelecidos e o plano de trabalho é preparado. A partir de então, serão implantadas unidades organizacionais produtivas auxiliares, com as quais o hospital desenvolverá suas atividades, com ênfase no planejamento e controle da produção médica, nas vendas dos serviços e na delegação de autoridade e de responsabilidade. As unidades produtivas e auxiliares constam no organograma do hospital e são essenciais para determinar responsabilidades na análise de custos e de despesas hospitalares.

Controle – essa tarefa administrativa consiste na avaliação do cumprimento das metas e identificação das variações e mudanças necessárias no plano de trabalho.

De acordo com Gottlieb (*apud* FALK, 2001, p.17), o hospital que não consegue determinar o custo, o nível de rentabilidade e a utilização de recursos de determinados procedimentos conforme a característica do paciente fica em desvantagem comparado àqueles que dispõem dessas informações. Com a apuração dos custos reais, será possível avaliar os processos nessa ótica, bem como implementar mudanças nos processos que não acrescentam valor aos serviços prestados, que, por conseguinte, poderiam ser terceirizados, evitados ou reformulados de modo a diminuir o volume de solicitação dos serviços.

Martins (2001, p. 52) classifica custos hospitalares como gastos medidos em termos monetários, incorridos ou potencialmente a incorrer, que viabilizam o serviço médico. O autor cita como exemplo de custo incorrido os serviços prestados a um paciente em seu primeiro dia de internação e como custo a incorrer um medicamento em estoque, qualquer que seja a data de pagamento ao fornecedor. O autor finaliza o conceito enumerando os componentes do custo como a soma de:

- a) materiais diretos (materiais médicos, medicamentos);
- b) mão-de-obra direta (honorários médicos);
- c) custos indiretos (mão-de-obra auxiliar, parte dos custos dos departamentos auxiliares);

d) despesas operacionais (administrativas, comerciais, financeiras, tributárias).

Quadro 4(2) – Custo de produzir e disponibilizar os serviços do hospital

<b>CUSTO DE PRODUZIR E DISPONIBILIZAR OS SERVICOS DO HOSPITAL</b>	=	PRODUÇÃO MÉDICA (Custo direto+ indireto)	+	DESPESAS OPERACIONAIS
---	---	--	---	--------------------------

Em geral, o hospital está organizado em departamentos, setores e seções de forma a permitir a acumulação de custos departamentais e determinar os custos dos procedimentos médicos por paciente. Exemplos de departamentos de produção médica seriam UTI, centros cirúrgicos, radiologia, laboratório. Quando o paciente passa pelos centros de custo, gera receitas para o hospital. Os departamentos auxiliares não recebem pacientes, podendo gerar ou não receitas; são exemplos de departamentos auxiliares o departamento de nutrição, a manutenção, a farmácia, a limpeza e a administração.

A departamentalização e a criação de centros de custos agregados aos departamentos são muito importantes para a determinação dos custos dos procedimentos médicos por paciente e para o controle efetivo dos custos e despesas hospitalares. Os pacientes tramitam pelos departamentos de produção médica, recebendo débitos de materiais médicos, medicamentos, mão-de-obra direta ou indireta, custos indiretos de produção, taxa de custos dos departamentos auxiliares, etc. É de extrema importância o estabelecimento dos custos padrão de cada item acima descrito, porque, pelo confronto dos custos reais com o custo padrão, determinam-se as variações, as causas e a gerência departamental responsável.

Na Figura 3(2), pode-se visualizar o fluxo de dados e informações do sistema de custos Wcustos utilizado atualmente pela Unimed.

**Sistemas Informatizados - Wcustos**

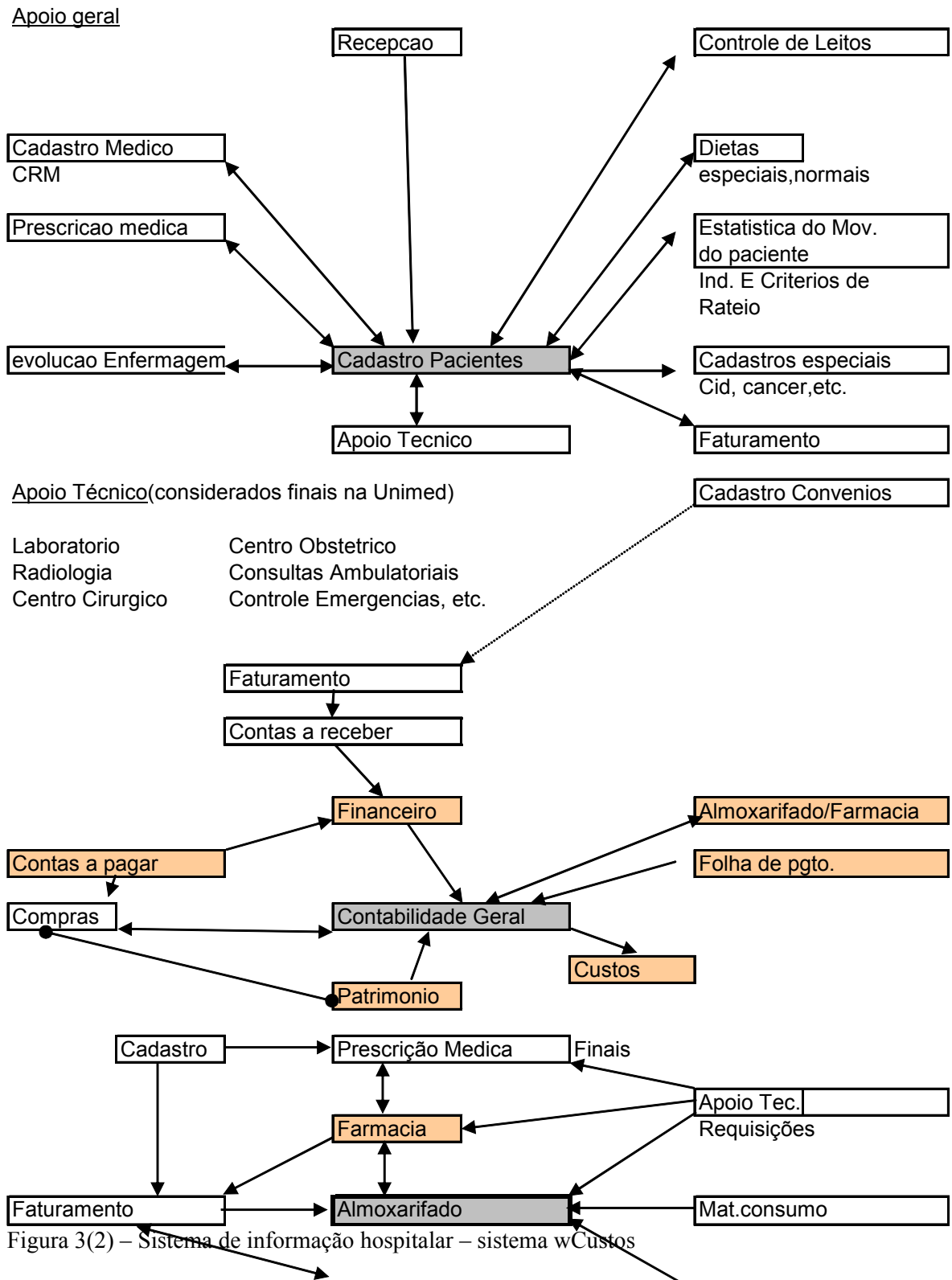


Figura 3(2) – Sistema de informação hospitalar – sistema wCustos

Por meio da figura, verifica-se que um dos procedimentos iniciais para uma das visões de custo é o cadastramento dos pacientes; o mesmo geralmente se dá no nível de recepção, e

gera uma gama de serviços que devem ser contabilizados e cadastrados para futuro faturamento. Em um caso hipotético, o paciente é cadastrado na recepção e devidamente encaminhado para o atendimento médico. A partir desse momento, o médico pode solicitar exames adicionais, prescrever medicação ou até solicitar o internamento do paciente, o que acarretaria a geração de atendimento por parte da enfermagem, da farmácia, do setor de nutrição, etc (vários centros de custos). O procedimento de exame por parte da equipe médica também gerará informações a serem cadastradas na ficha do paciente e também alimentarão estatísticas do movimento do paciente (geralmente usadas como indicadores de rateio), cadastro especiais (que fornecerão informações para pesquisa ou mapeamento de doenças).

A contabilidade desempenha um papel importante na apuração de custos do hospital. Alguns dos elementos que fornecem informações para o controle de custos são: o financeiro, o almoxarifado, a folha de pagamento, o patrimônio, as contas a pagar e o setor de custos. O gráfico salienta a grande influência que as compras, seja de medicamentos, seja de outros material, realizadas pelo almoxarifado/farmácia tem na apuração de custos. Também destaca alguns dos setores que mais influenciam no gasto com compras.

Os serviços associados com exames são considerados pela Unimed como apoio técnico.

Abaixo estão listados alguns exemplos:

Laboratório	UTI
Radiologia	Mamografia
Hemodinâmica	Tomografia, etc.

A parte de urgência, consultas ambulatoriais e internação é considerada pela Unimed como os servidores finais.

## 2.5 Gestão de custeio como elemento gerencial

Verifica-se que no Brasil e no Exterior, hospitais e outras instituições de saúde são compelidos a desenvolver uma contabilidade de custos mais sofisticada, porque o ambiente financeiro assim o exige. Segundo Falk (2001, p.122), a contabilidade de custos é uma disciplina que concentra seus esforços na identificação e no isolamento dos custos dos diversos produtos e serviços oferecidos pela instituição. A grande vantagem de isolar dados adequados de custos por procedimento, paciente, médico, ou diagnóstico, ou outro fator de análise, é a própria descrição dos valores em termos de seus componentes, sejam fixos, variáveis, sejam diretos ou indiretos. Mediante essa informação, o gerente poderá avaliar o grau de lucratividade dos elementos em questão; assim o gerente poderá providenciar em tempo hábil sua substituição ou providenciar uma alternativa mais eficiente e lucrativa.

A literatura indica que, em um ambiente estável, um bom método de análise da operacionalidade de uma empresa é o uso de custos-padrão. Os custos-padrão seriam o cálculo do procedimento com os componentes predeterminados em quantidades que garantam a qualidade do produto ou do serviço prestado. Esse seria o custo ideal para cada procedimento ou diagnóstico que traria para a instituição de saúde ou hospital a melhor situação de custo benefício.

Em seguida, a equipe técnica poderia calcular o custo real do procedimento caso a caso. O fator de análise seria a comparação entre os dois custos, verificando-se a diferença entre o realizado e o esperado. Após a constatação da diferença, procura-se identificar o fator causador, verifica-se qual o componente envolvido – mão-de-obra, material, diretos, indiretos, fixos ou variáveis – é o responsável pela diferença.

Os cálculos para custos-padrão, segundo Falk (2001, p.123), podem ser feitos de três maneiras:



. Padrões ideais – levam as condições técnicas e financeiras existentes em consideração em termos de entradas e custos.

. Padrões atualmente atingíveis – são normalizados pela melhor maneira de agir, mas deixam margem para período de ócio, desperdício e quebra.

. Padrões médios – baseados em normas de agir, são elaborados conforme a média dos resultados observados no passado.

Os padrões descritos acima deverão ser atualizados, o que implica a participação do corpo clínico, fornecendo informações sobre um procedimento específico, exame particular ou serviço a ser realizado. Como podem ocorrer esquecimentos e lacunas de memória dos passos do processo, os prontuários médicos são de grande valia para conferir ou preencher eventuais lacunas de informação. As padronizações externas, como dados dos seguros-saúde, também são fontes de informação importantes.

### 3 Metodologia

---

A metodologia usada diz respeito ao estudo de caso. O realismo é o paradigma mais utilizado, em princípio, porque as áreas de pesquisa de estudo de caso são geralmente contemporâneas e pré-paradigmáticas.

O desafio mais importante é promover, por meio dos estudos de caso, uma aplicação sistemática das metodologias sobre a avaliação de impacto. Tem havido nos últimos anos uma significativa produção de ferramentas de avaliação de projeto [...], todavia, o que na verdade falta é não só uma aplicação vigorosa e sistemática das técnicas e metodologias de como aprender a partir da experiência. (HOPKINS, 1995a, *apud* ROCHE, 2002 p. 18).

De início, realizou-se um levantamento sobre o momento anterior à implantação e o motivo que levou a Unimed a optar pela introdução de um sistema de informação para controle do custo hospitalar. Esse levantamento tem por finalidade:

- a) descobrir como o hospital pretende fazer a mudança; que áreas serão afetadas; as estratégias que serão utilizadas, e que ferramentas – pessoal, política ou organizacional – foram designadas para este projeto;
- b) enumerar as metas finais pretendidas pela organização em questão, que deverão ser alcançadas com a implementação do sistema;
- c) verificar quais os problemas que ocorreram na implementação e quais as soluções adotadas para resolvê-los;
- d) verificar o resultado da mudança e compará-lo com a meta definida inicialmente;
- e) avaliar os resultados e o grau de satisfação dos interessados.

Na entrevista e no questionário, os relatos verbais dos sujeitos têm um grande peso para obtenção de informações sobre estímulos ou experiências a que estão expostos e para o conhecimento de seu comportamento. Os relatos podem ou não ser aceitos pelo seu valor

aparente: podem ser interpretados à luz de outros conhecimentos a seu respeito, ou em termos de alguma teoria psicológica, segundo Selltiz, Wringhtsman e Cook (1987, p.15).

No período das entrevistas, realizou-se um levantamento da informação documental, que, segundo Chizzotti (1991, p.109), “[...] é toda informação sistemática, comunicada de forma oral, escrita ou gestual, fixada em um suporte material, como fonte durável de comunicação”. Para realizar um diagnóstico organizacional, levantaram-se as conclusões das reuniões que levaram à necessidade da mudança na organização pesquisada. Para que fique compreensível, é necessário que:

- o objetivo esteja claro;
- os recursos necessários sejam definidos;
- as variáveis a estudar sejam conhecidas;
- a profundidade do estudo seja determinada;
- o tempo para validade dos resultados seja estabelecido;
- as condições sejam passadas para um grupo técnico capacitado para realizar o estudo;

### **3.1 Estratégia de pesquisa**

A estratégia escolhida foi o estudo de caso por se pretender estudar um fato contemporâneo referente à modernização do sistema de informações da Unimed, buscando as modificações e os parâmetros usados para escolha do novo sistema de informação. Segundo Yin (2001, p. 32), o estudo de caso “é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre os fenômenos e o contexto não estão claramente definidos”.

No decorrer do trabalho, buscou-se compreender se o novo SI de custo hospitalar realmente atendeu às perspectivas da Unimed após o período de implantação.

De acordo com Yin (2001, p. 28), estudos de caso são cada vez mais usados como ferramentas de pesquisa e, em geral, “são estratégias preferidas quando as questões **Como?** e **Por que?** são propostas, quando o investigador tem pouco controle sobre o evento e quando é focalizado um fenômeno atual dentro de algum contexto de vida real” (YIN, 2001, p. 28. Grifos do autor).

Outra característica do estudo de caso é que ele se beneficia do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para guiar a coleta e a análise de dados. Existem alguns preconceitos com relação ao estudo de caso, e uma das perguntas frequentes é: “Como se pode generalizar a partir de um único caso?” (YIN, 2001, p. 10). Yin explica que os estudos de caso são generalizáveis para proposições teóricas (generalização analítica), e não para populações ou universos (generalização estatística).

## 3.2 Delineamento da pesquisa

Nesta pesquisa foi adotada a abordagem qualitativa, empregando os seguintes métodos de coleta de dados: observação, entrevista, questionário e documentos. Segundo Ludke e André (1986, p. 18), a abordagem qualitativa apresenta as seguintes características:

- a) visa à descoberta;
- b) enfatiza a “interpretação em contexto” – usada para melhor compreensão da manifestação geral de um problema, das ações e das percepções;
- c) busca retratar a realidade de forma completa e profunda;
- d) usa uma variedade de fontes de informação; assim o pesquisador poderá cruzar informações, descobrir dados, afastar suposições ou levantar hipóteses alternativas;
- e) revela experiência vicária e permite generalizações naturistas.

Para descrever como ocorreu o processo de introdução do SI, utilizaram-se métodos qualitativos, buscando-se resgatar os porquês, as explicações para os fatos na busca de se verificar até que ponto as conclusões encontradas na literatura se aplicam a este caso. Aplicou-se a técnica de entrevista semi-aberta, desenvolvida com perguntas precisas, pré-formuladas e com uma ordem previamente estabelecida em que o entrevistador dirige o processo; porém, poderão ocorrer perguntas no transcurso da entrevista para esclarecer ou coletar mais informações sobre fatos mencionados na entrevista. Todas as entrevistas foram pré-marcadas, e apesar do tom algumas vezes informal, as entrevistas tinham duração máxima de uma hora. Recorreu-se ao recurso de gravação em fita cassete.

Desenvolveu-se um questionário para a segunda fase, composto de seis perguntas com a possibilidade de complementação à base de observações pessoais dos respondentes. O questionário propõe-se a avaliar a pós-implantação do sistema de custo e o grau de interação, conhecimento e satisfação das pessoas envolvidas com o sistema.

### **3.3 Coleta de dados**

Durante o tempo da pesquisa, realizaram-se várias visitas à organização pesquisada e à organização responsável pela implantação do sistema de informações sobre custo hospitalar, quatro entrevistas na primeira fase da implantação do sistema e um questionário efetuado um ano após o início da implantação. Paralelamente, fez-se uma pesquisa no setor contábil, visando comparar o momento inicial da Unimed com o momento obtido na segunda fase da pesquisa depois do início da instalação do sistema.

Seleção dos entrevistados – como o sistema de custos e o uso de suas informações são o foco desta pesquisa, priorizou-se a identificação das pessoas que interagem diretamente ou indiretamente com o sistema e as informações via relatórios de custos ou relatórios de apoio à

tomada de decisões. Na Unimed, as informações sobre custos são apuradas pelo setor financeiro e contábil, mas os relatórios relativos aos custos são de vital importância para a área administrativa e financeira, principalmente quando é necessário discutir novas estratégias. Por esse motivo, selecionaram-se pessoas pertencentes às áreas administrativa e financeira que usam ou pretendem usar de forma mais efetiva as informações fornecidas pelo sistema de custo.

### **3.4 Análise dos dados**

Neste trabalho utilizou-se a análise qualitativa. Bogdan e Bicklen, em seu livro *A Pesquisa Qualitativa em Educação*, apresentam cinco características básicas de uma pesquisa qualitativa:

- a) o ambiente natural como fonte direta de dados, e o pesquisador como seu principal instrumento fundamental;
- b) o caráter predominantemente descritivo dos dados coletados;
- c) a preocupação com o processo é muito maior do que com o produto, buscando verificar como determinado problema se manifesta nas atividades;
- d) o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida como preocupação do investigador;
- e) a análise dos dados tende a seguir um processo indutivo, não se constituindo preocupação do pesquisador a busca de evidências que comprovem hipóteses definitivas *a priori*.

A análise dos dados das entrevistas, das observações e da pesquisa documental visa identificar a situação no momento anterior à mudança, ou mudanças identificadas e implantadas, com a enumeração dos pontos positivos e negativos do estado anterior baseado

na avaliação dos usuários do sistema anterior. Após essa fase, faz-se a identificação das mudanças pretendidas por parte do departamento administrativo, bem como das expectativas desse departamento com a implantação das mudanças pretendidas.

Depois da implantação das mudanças e do sistema de informação de custo hospitalar, realiza-se nova avaliação da situação do Hospital Unimed, a fim de identificar o impacto na administração hospitalar, assim como uma pesquisa do grau de satisfação com o sistema de informação de custo hospitalar e a verificação de que houve atendimento a todas as expectativas levantadas na fase inicial da pesquisa.

### **3.5 As limitações da pesquisa**

A metodologia adotada neste trabalho sofreu algumas limitações quanto à estratégia de pesquisa, ao instrumento de coleta de dados e à seleção dos entrevistados. Quando o estudo de caso é escolhido, o pesquisador está ciente de que os resultados alcançados com essa estratégia valem, de início, para o caso considerado, e nada assegura que ele possa ser aplicado a outros casos. Porém, o estudo de caso pode não fornecer base para generalizações científicas, mas, segundo a literatura, ele não exclui dois tipos de generalização:

Generalização analítica – os estudos de caso são generalizáveis a proposições teóricas, e não a populações ou universos. O objetivo do pesquisador é expandir e generalizar teorias, e não enumerar frequências, segundo Yin (2001, p. 29).

Generalizações naturalísticas – nessa situação é possível que se perceba a semelhança de muitos aspectos desse caso particular com outros casos ou situações por ele vivenciado, segundo Stake (1978 *apud* LUDKE; ANDRÉ, 1986, p. 23).

Outro fator limitador foi o atraso na implantação total do sistema de custo hospitalar, porque, até o dia 29 de setembro de 2004, os relatórios financeiros não estavam disponíveis

para todas as áreas previstas. Nesse mesmo dia, informou-se ao pesquisador que houve um problema no cálculo das receitas diretas, das receitas indiretas e do custo por procedimento, o que gerou a reprogramação do sistema sem prazo previsto para correção da implantação anterior.



## 4 Resultado da análise dos dados

---

O objetivo deste capítulo é analisar o processo de transformação, inicial e final, que gerou a introdução do novo sistema de custos hospitalares na Unimed.

Durante a coleta preliminar de dados feita por entrevistas e pesquisa documental na Unimed, identificaram-se um projeto de implantação de SBC (custo da estrutura ou departamento expresso em custo médio unitário), *Procedure Based Costing* (PBC, custo por procedimento) e *Diagnostic Based Costing* (DBC) – custo do processo baseado no diagnóstico do paciente – em razão da constante demonstração dos entrevistados sobre a pouca flexibilidade das informações fornecidas pelo sistema vigente.

A necessidade de informações mais específicas no setor de custo coincide com o escopo do projeto ABC definido por Eliseu Martins (2001, p. 307), em que ele inclui os seguintes itens:

- custeio de processos;
- custeio de canais de distribuição; análise de lucratividade;
- utilização de custos históricos e predeterminados.

Na primeira fase da entrevista, verificou-se que a mudança organizacional não era visível para os entrevistados. O foco central constante nas quatro entrevistas iniciais visava ao conhecimento da operacionalidade e à viabilidade financeira do novo investimento da Unimed, o Hospital II.

Na visão da diretoria, a escolha pela mudança deveu-se a procurar instrumentos que justificassem diante dos cooperados o investimento no Hospital II, isto é, a prestação direta dos serviços pela Unimed no lugar da terceirização, procedimento comumente adotado.

A necessidade da mudança foi causada por um conjunto de fatores, entre eles: a implantação do novo hospital, a necessidade de apuração mais detalhada em custos, vindo à tona quando os diretores participaram do curso na área de custos, Administração de Serviços de Saúde, que ocorreu no MBA Executivo da UFPE, ministrado pelo Prof. Dr. James Anthony Falk.

Após a conclusão do curso, a diretoria promoveu várias reuniões com o setor financeiro e o setor contábil no intuito de planejar a implantação de um sistema de custos que possibilitasse o acompanhamento mais refinado da situação financeira da Unimed e dos hospitais.

O setor financeiro viu na implantação do sistema de custos a oportunidade de verificar o trabalho realizado pelo setor de forma apurada e de confirmar a lucratividade da empresa por relatórios mais detalhados. Se bem que os conceitos administrativos utilizados foram absorvidos – a exemplo de lucratividade, custo real das atividades e procedimentos médicos realizados e introduzidos durante o treinamento inicial em gestão de custos – nenhum dos entrevistados conseguiu identificá-los ou sentir mudança.

As principais áreas afetadas pelo novo sistema de custo seriam a área contábil, a área financeira e a área administrativa. Houve remodelagem na área financeira e na área administrativa, com a fusão do setor financeiro e do setor administrativo.

A principal necessidade detectada nas entrevistas foi justamente a definição da lucratividade do novo hospital e do levantamento detalhado do custo hospitalar, de procedimentos e de atendimentos, visando à melhor negociação da instituição Unimed com os prestadores de serviços conveniados.

Na Tabela 1(4), define-se o perfil de quatro entrevistados na primeira fase. Nessa fase, poucas pessoas tinham real participação na definição das necessidades do sistema de custo hospitalar. Duas pessoas de relevância não foram entrevistadas por indisponibilidade de

tempo, contudo estão identificadas na tabela, e algumas não participaram da fase final por motivo de desligamento das empresas participantes do projeto, as quais estão assinaladas na tabela.

Tabela 1(4) – Perfil dos entrevistados

<b>CARGO/EMPRESA</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
Analista de Sistemas/WPD	Desligou-se
Gerente Administrativo Financeiro/II	Desligou-se
Consultor de Custos	Ainda na área
Supervisor de Custos/Unimed	Ainda na área
Superintendente/Hospital II/Unimed	Indisponível para entrevista
Diretor Financeiro/Unimed	Indisponível para entrevista

Fonte: Autoria própria

Após a fase inicial de implantação, e com utilização de parte do sistema, a quantidade de pessoas diretamente envolvidas com o novo sistema aumentou. Por esse motivo, na segunda fase, utilizou-se um questionário que abrangeu as pessoas que lidam diretamente com o sistema. Na segunda fase, aplicaram-se seis questionários, respondidos a contento, de forma que nenhum foi descartado.

Tabela 2(4) – Distribuição dos respondentes ao questionário conforme a empresa e a área de atuação

<b>Empresa/Área de atuação</b>	<b>Freqüência</b>	<b>Percentual válido</b>	<b>Percentual acumulado</b>
Unimed Central	3	50,0	50,0
Unimed Hospital II	2	33,3	83,3
WPD	1	16,7	
Total	6	100,0	100,0

Fonte: Questionário final Unimed/WPD

## 4.1 Perspectivas

### Nível central – Unimed

O desejo da Unimed era adquirir um sistema de custeio que permitisse justificar diante dos cooperados o investimento na unidade II do Hospital Unimed. O sistema também possibilitaria melhor negociação por parte da administração com os serviços conveniados para o barateamento deles. Com o sistema de custos, a Unimed ainda poderia avaliar os próprios serviços prestados.

[...] como foi uma decisão de diretoria, eu imagino que tenha sido, isso não chegou a ser aberto, mas existe uma necessidade muito grande de a diretoria mostrar ou comprovar que os hospitais são viáveis. [...] Como a Unimed é uma cooperativa, tem de prestar contas aos cooperados. (Jean Carlos Lima, entrevista, 10/1/2003).

Essa conta é um balancete tirado pela contabilidade. Então, se ele tirar de toda a Unimed, vai sair: Centro de Administração, essas contas aqui são as mesmas contas e os valores. Urgência Geral de Olinda, as mesmas contas e os valores. O Hospital I, essas mesmas contas e os valores. É sempre dessa forma. Hoje o Hospital não é mais isso. Agora é isso, isso, e isso, são centros de custos. Então, só existia isso aqui do hospital, mas discriminado pelas contas. Tem folha de pagamento, aluguel, produção médica, tudo relativo à unidade de negócios. Agora estamos implantando, pegando essas mesmas despesas e alocando nos seus devidos setores e em seu devido centro de custo. Depois vamos fazer isso no restante da Unimed. É o que o sistema novo fará quando estiver pronto. Anteriormente, esses centros de custos não existiam. Só existia isto aqui [mostra um relatório contábil]. Se a diretoria quisesse saber quanto estava custando o Hospital I ou o Hospital II, ela teria este valor aqui [mostra novamente o balancete de verificação não cedido pela Unimed]. (Jean Carlos Lima, entrevista, 10/1/2003).

Nessa entrevista com o supervisor de Custos da Unimed, evidencia-se a necessidade de maior discriminação dos relatórios contábeis e financeiros dos centros de custos. A informação na Unimed não tem o grau de detalhamento necessário para apurar custos ou saber o real valor das despesas de um determinado setor.

### Nível Hospitalar

No nível hospitalar, a área de administração financeira procura uma ferramenta que lhe dê viabilidade para fornecer diretamente um serviço ou terceirizá-lo. O setor financeiro procura uma maneira de verificar a real lucratividade de cada setor do hospital e de cada serviço prestado pelo hospital. O sistema auxiliaria também na tomada de decisões corretivas, na avaliação do desenvolvimento do setor e na potenciação da capacidade de atendimento de cada setor. Nas palavras do gerente Administrativo Financeiro do Hospital II:

Quando chegamos aqui, não tínhamos o controle administrativo. Nós perguntávamos: qual foi nossa despesa? Foi X. Quanto gastamos com a parte de MAT-MED e com honorários médicos? X. Então, a partir daí, tínhamos uma idéia de quanto apresentar em uma proposta de preços, mas não tínhamos um levantamento de custo que nos dissesse quanto custava aquele serviço, naquele ambiente dividido mediante um sistema de custos apropriado. Era uma coisa muito sem fundamento.(Eli Barbosa, entrevista, 14/10/2003).

O gerente não tinha idéia da real lucratividade do Hospital II. Os relatórios de então forneciam informações sobre o pagamento de honorários médicos, as despesas com material médico-hospitalar, porém não se baseavam no rateio das outras despesas hospitalares, e o cálculo do custo real era feito na base da sensibilidade pessoal do gestor.

Nós hoje fazemos os contratos com muito mais base, porque temos uma situação de saber quanto custa o serviço. Assim, as negociações de tabela e as negociações de contrato com a rede credenciada ficaram muito mais fáceis. Nós pagávamos os valores que eles estipulavam, não tínhamos nenhum indicador que nos desse alguma ajuda nas negociações de preço. Recebíamos a informação, discutíamos e tentávamos fazer um preço menor, mas sem base para discutir e dizer não, eu chego a X porque eu sei quanto custa. Hoje, o hospital ajudou muito nas negociações; não só o hospital, e sim os levantamentos de custos. Hoje sabemos quanto vai custar uma UTI, quanto custa o valor de uma diária, o custo de um internamento. (Eli Barbosa, entrevista, 14/10/2003).

Com a instalação da versão do sistema de custo hospitalar, verifica-se maior segurança no manuseio de informações referentes às despesas e à lucratividade dos procedimentos executados pelo Hospital II.

## 4.2 Mudanças

A implantação do sistema de custo gerou mudanças nem sempre sentidas com clareza pelo pessoal envolvido no processo. No Quadro 1(4), verifica-se que o grau de percepção das mudanças varia muito de setor a setor. Na Unimed Central, há maior percepção das mudanças necessárias e de sua relevância em todo o processo de adequação ao novo sistema de custo hospitalar. Aplicou-se o questionário a seis pessoas: três participantes da Unimed nível central, dois participantes da Unimed nível Hospital II e um participante da empresa WPD, que forneceu o sistema de custos hospitalares.

De acordo com Motta (1995), as mudanças podem ser avaliadas da seguinte maneira:

Quadro 1(4) – Perspectivas de análise organizacional por temas prioritários e unidades de análise: Caso Unimed

PERSPECTIVA	TEMAS E UNIDADES DE ANÁLISE		
	TEMAS PRIORITÁRIOS DE ANÁLISE	UNIDADES BÁSICAS DE ANÁLISE	DE <b>CASO Unimed</b>
<b>ESTRATÉGIA</b>	Interface da organização com o meio ambiente	Decisão (interfaces ambientais)	Aumento do poder de negociação com os conveniados
<b>ESTRUTURAL</b>	Distribuição de autoridade e responsabilidade	Papel e status	Houve a criação de um novo cargo de gestão: Supervisor de Custo. A lavanderia foi desativada
<b>TECNOLÓGICA</b>	Sistemas de produção, recursos materiais e ‘intelectuais’ para desempenho das tarefas	Processos, funções e tarefas	Implantação de sistema de custo informatizado. Mudança no plano de contas
<b>HUMANAS</b>	Motivação, atitudes, habilidades e comportamentos individuais, comunicação e relacionamento grupal	Indivíduos e grupos de referência	Houve mudança de mentalidade na área administrativo-financeira da empresa
<b>CULTURAL</b>	Características de singularidade que definam a identidade ou programação coletiva de uma organização	Valores e hábitos compartilhados coletivamente	Houve tentativa de conscientização de custos e de tentar controlar as despesas (envolvimentos dos cooperados)
<b>POLÍTICA</b>	Forma pela qual os interesses individuais e coletivos são articulados e agregados	Interesses individuais e coletivos	Prestação de contas com os cooperados.

Fonte: Autoria própria com base em Motta (1995, p. 73 )

Na segunda fase da avaliação, perguntou-se que mudanças originaram a instalação e quais resultaram da instalação do sistema. O conceito de mudança envolve várias conotações. Falsarella (2002)<sup>5</sup> propõe cinco mudanças da estrutura organizacional que podem ocorrer na implantação de uma TI. No caso da Unimed, identificaram-se:

- a) alterações no nível de tomada de decisões – na Unimed, o sistema de gestão de custos ficou no nível central, e o Hospital II tem de solicitar informações e relatórios.
- b) criação de estruturas organizacionais – criou-se o departamento de custos na Unimed.
- c) eliminação de estruturas organizacionais – na Unimed não houve eliminação de níveis hierárquicos.
- d) reorganização de processos – houve a criação de 45 centros de custos na Unimed e mudança na conceituação de processos de custo, como orientados por diagnósticos, por procedimentos e por custo médio unitário. Esse novo conceito gerou uma diferença na maneira de tratar as informações provenientes dos centros de custos.
- e) alteração no tipo de estrutura da organização – a Unimed desejava integrar as unidades que a formam por meio do novo sistema, porém, apesar de o sistema possibilitar essa integração, ela ainda não está plenamente ativa.

A Unimed Central percebeu um maior número de mudanças e avaliou-as segundo seu ponto de vista. Por exemplo, a mudança de mentalidade a respeito da necessidade de implantação de um sistema de custos hospitalares foi avaliada como muito relevante, uma vez que foi depois da aceitação das deficiências concernentes ao cálculo de custos e da crescente necessidade dessa informação que se planejou a instalação do sistema.

---

<sup>5</sup> Cf. p. 36 da dissertação.



Tabela 3 (4) – Mudança x grau de relevância

EMPRESA	MUDANÇA	GRAU DE RELEVÂNCIA				
		Muito relevante	Relevante	Razoavelmente relevante	Pouco relevante	Sem relevância
Unimed Central	Funcional	-	-	3	-	-
	Treinamentos	1	-	2	-	-
	Processos administrativos	-	1	1	1	-
	Organograma	-	1	-	2	-
Unimed Hospital II	Funcional	-	-	-	-	1
	Treinamentos	-	1	-	-	-
	Processos administrativos	-	1	-	-	-
	Organograma	-	-	-	-	1
WPD	Funcional			1		
	Treinamentos	1				
	Processos administrativos		1			
	Organograma				1	

Fonte: Autoria própria

Já a Unimed Hospital II, é um setor que apoiou a instalação de um sistema de custos participando dela, porém se sente excluído do processo ao final. Conforme a tabela, verifica-se que um dos respondentes não identificou nenhuma mudança das citadas no questionário pelo fato de o respondente haver ingressado no Hospital II da Unimed no meio do processo de instalação do sistema de custo, o que o impossibilitou identificar mudanças, não dispondo ele de referencial anterior. Com a rotatividade de pessoas envolvidas no processo de implantação do sistema de custo hospitalar, algumas pessoas, que inicialmente participaram do processo de implantação do sistema e receberam o treinamento necessário para utilizá-lo a contento, não fazem mais parte do quadro funcional da empresa. As pessoas que as substituíram alegam que não receberam treinamento adequado para usufruir o sistema.

Nota-se a falta de comunicação entre a Unimed Central e a Unimed Hospital II, pois os relatórios de custos não são solicitados pelo Hospital II; por esse motivo, não são fornecidos pelo nível central, causando insatisfação no pessoal do Hospital II.

Por meio da tabela acima, verifica-se que:

– Todos os participantes do nível central identificaram a mudança funcional como razoavelmente relevante. No nível do Hospital II, um dos questionados não identificou nenhum tipo de mudança, e o outro identificou a mudança funcional como sem relevância. No nível da WPD, o questionado identificou a mudança funcional como razoavelmente relevante. Então 66,7% dos questionados consideram a mudança funcional razoavelmente relevante.

– Dos participantes do nível central, um participante considera o treinamento de muita relevância, os outros dois consideram de razoável relevância. No nível do Hospital II, considerou-se o treinamento relevante e no nível da WPD, muito relevante.

– Os participantes do nível central consideraram as mudanças nos processos administrativos entre relevante e pouco relevante, variando com o grau de envolvimento direto no sistema. Já no nível do Hospital II e no nível da WPD, consideraram-se relevantes as mudanças nos processos administrativos.

– Quanto à mudança no organograma, na grande maioria, os participantes do nível central consideraram de pouca relevância; só a pessoa diretamente implicada nas mudanças considerou relevante. No nível do Hospital II, a mudança foi sem relevância, e no nível do WPD, de pouca relevância.

– Além das mudanças relacionadas com os participantes, pediu-se a enumeração de outras mudanças não citadas. No nível central, relataram as mudanças de mentalidade e de procedimentos como de muita relevância. No nível do Hospital II e da WPD não se identificaram novas mudanças.

Em resumo:

#### **Mudanças organizacionais**

- Mudança de mentalidade, com destaque para a conscientização da importância de um sistema de custo hospitalar (apenas dois dos seis entrevistados notaram essa mudança).
- Mudança no processo administrativo no sentido de modificar a maneira de lançar os dados ou agrupá-los dentro da visão do método SBC, PBC e DBC (mudança notada com mais intensidade na área técnica).

#### **Mudanças administrativas**

- Criação do supervisor de custos com a realocação de um funcionário da contabilidade para a área de supervisão.
- O sistema de custo é utilizado pela área administrativa e financeira (esse recurso não tinha sido totalmente disponibilizado para a área administrativa, causando grande insatisfação aos dois entrevistados dessa área).

### **4.3 Avaliação de impacto**

Segundo Medeiros Filho (1992, p. 18), as organizações enfrentam, de modo contínuo e permanente, diversas variáveis que podem colocar em risco sua sobrevivência se não forem gerenciadas com eficiência.

Na Unimed, não havia o setor de custos, e o que existia era um sistema contábil que liberava informações contábeis para a área de custos sem muita especificidade, conforme o analista de Sistemas da WPD.

Na área de custo, eles já estavam motivados para receber. Nós não encontramos resistência nenhuma. Encontrei lá uma estrutura adequada para

implantar o sistema. Quando chegamos lá, eles não tinham uma área específica para custos. Criaram, na verdade, quando chegamos lá. Já tinham um sistema de gestão financeira implantado, que é o sistema pirâmide, então você vê a versatilidade do sistema de custos. (Luís Alves, entrevista, 2/10/2003).

Segundo March (*apud* WOOD, 1995 p. 20), as organizações estão mudando continuamente em resposta às alterações do meio ambiente. A necessidade de melhor prestação de contas dos novos investimentos aos conveniados gerou a necessidade de mudança na Unimed.

O hospital não estava dividido por centro de custos, e era difícil avaliar custo por procedimento, por diagnóstico ou o custo médio unitário de qualquer procedimento específico. Os administradores não tinham idéia real da lucratividade dos hospitais da Unimed.

Tudo que era do Hospital I era lançado no Hospital I. Nós sabíamos do custo do Hospital II. Por exemplo, gastava um milhão de reais, mas não era por setor, era por unidade, e hoje nós vamos ter esse hospital dividido em 45 centros de custo; então, o que era apenas um hospital e uma conta, vamos ter hoje 45 contas. (Jean Carlos Lima, entrevista, 10/1/2003).

Ele não tinha centro de custo; tinha, na verdade, unidade de negócios, mas a unidade de serviço era, por exemplo, um hospital do porte do Hospital II, aquilo tudo era centro de custo, então para eles aquilo ali era uma caixa preta em relação a tudo. Todo gasto do hospital era do hospital, não era centro de custo. (Luís Alves, entrevista, 2/10/2003).

O sistema de custos da WPD, ou wCustos, propõe-se a atender aos requisitos acima citados, o que despertou grande interesse por parte da diretoria ao ver que uma das suas principais necessidades, as informações para tomada de decisões, seria atendida.

Na primeira fase da entrevista, o sistema de custos estava na fase inicial de implantação, e fez-se um estudo que criou 45 centros de custos. Por meio deles e das informações coletadas, planejou-se o cálculo de custo unitário e de custo por procedimento. “O sistema visa aumentar o faturamento baseado na conscientização dos custos decorrentes das atividades.” (Luís Alves, entrevista, 2/10/2003).

Herzog (*apud* WOOD JR., 1995 p.19) diz que o gerenciamento das pessoas é a chave do sucesso em processos de mudança. O grande desafio, na opinião do autor, não é a mudança tecnológica, e sim a mudança na mentalidade das pessoas e na cultura organizacional. No caso Unimed, verificou-se boa aceitação na inclusão dos novos conceitos graças ao curso de custos previamente ministrado. As pessoas envolvidas estavam dispostas a realizar as mudanças necessárias. Os novos conceitos foram bem absorvidos a ponto de a novidade ficar despercebida e passar como conhecimento anterior.

Seguindo o pensamento de Want (1990, p. 41), a mudança ocorrida na Unimed pode ser de natureza operacional, isto é, foi motivada para fazer frente a deficiências específicas.

Decorridos aproximadamente onze meses da entrevista inicial, a segunda fase da pesquisa, realizada em forma de questionário, traz os seguintes fatores:

Tabela 4(4) – Grau de importância da instalação do sistema de custos na Unimed

<b>Grau</b>	<b>WPD</b>	<b>Unimed Central</b>	<b>Unimed Hospital II</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual válido</b>	<b>Percentual acumulado</b>
Extremamente importante	-	2	1	3	50,0	50,0
Muito importante	1	2	-	3	50,00	100,00
Razoavelmente importante	-	-	-	-	-	-
Pouco importante	-	-	-	-	-	-
Nada importante	-	-	-	-	-	-
Total	1	4	1	6	-	-

Fonte: Autoria própria baseada no resultado das entrevistas.

De acordo com a tabela acima, pode-se identificar que 50% dos respondentes do questionário qualificaram como extremamente importante a instalação de um sistema de custo hospitalar; os demais 50% consideram a instalação do sistema de custo muito importante.

Pode-se identificar, na Tabela 5(4), que 33,3% dos respondentes do questionário consideram suas perceptivas bem atendidas pelo sistema, enquanto o mesmo percentual também acha que o sistema não atendeu às perspectivas. Verifica-se que o maior grau de satisfação encontra-se no nível central em conjunto com as informações do representante da WPD. Já no nível do Hospital II, o grau de insatisfação dos respondentes é total; em parte pela mudança de pessoal do hospital, pelo atraso na finalização do sistema e pelo fato da não solicitação de relatórios com informações específicas ao nível central.

Tabela 5(4)– Grau de atendimento das expectativas dos questionados quanto ao sistema de custos

<b>Grau</b>	<b>WPD</b>	<b>Unimed Central</b>	<b>Unimed Hospital II</b>	<b>Freqüência</b>	<b>Percentual válido</b>	<b>Percentual acumulado</b>
Perfeitamente				0,0	0,0	0,0
Atendeu bem	1	1		2	33,3	33,3
Atendeu		1		1	16,7	50,0
Atendeu pouco		1		1	16,7	66,7
Não atendeu			2	2	33,3	100,0
Total	1	3	2	6	100,0	

Fonte: Autoria própria baseada no resultado das entrevistas.

Verificasse, na Tabela 6(4), que os respondentes se dividiram igualmente ao responder como consideram o momento atual de custo na Unimed. Todos os respondentes no nível do Hospital II consideram o momento ruim. No nível central, dois terços dos respondentes consideram o momento regular. Apenas o respondente da WPD, e um respondente do nível central consideram o momento bom.

Tabela 6(4) – Opinião sobre o momento atual da Unimed referente ao sistema de custos

<b>Grau</b>	<b>WPD</b>	<b>Unimed Central</b>	<b>Unimed Hospital II</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual válido</b>	<b>Percentual acumulado</b>
Ótimo	-	-	-	-	-	-
Bom	1	1	-	2	33,3	33,3
Regular	-	2	-	2	33,3	66,6
Ruim	-	-	2	2	33,4	100,0
Péssimo	-	-	-	-	-	-
Total	1	3	2	6	100,0	

Fonte: Autoria própria baseada no resultado das entrevistas.

A Tabela 7(4) mostra que a maioria (66,7%) dos respondentes se sente satisfeita com as soluções adotadas pelo sistema de custos, porém todos os respondentes do Hospital II se sentem insatisfeitos com as soluções adotadas.

Tabela 7(4) – Grau de satisfação dos questionados com as soluções adotadas pelo sistema de custos

<b>Grau</b>	<b>WPD</b>	<b>Unimed Central</b>	<b>Unimed Hospital II</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual válido</b>	<b>Percentual acumulado</b>
Muito insatisfeito				0	0,0	0,0
Insatisfeito	-	-	2	2	33,3	33,3
Indiferente	-	-	-	-	-	-
Satisfeito	1	3	-	4	66,7	100,0
Muito satisfeito			0	-	-	-
Total	1	3	2	6	100,0	

Fonte: Autoria própria baseada no resultado das entrevistas.

Tabela 8(4) – Resultado dos questionamentos por nível na Unimed

QUESTIONAMENTOS	NÍVEL CENTRAL	NÍVEL HOSPITALAR
Há grande receptividade à implantação de um sistema de custos na Unimed	100% dos respondentes desse nível consideraram o sistema muito importante para o bom funcionamento da Unimed	Os respondentes do nível hospitalar consideram o sistema imprescindível
As mudanças que ocorreram para a instalação do sistema de custos foram pouco sentidas pela maioria dos respondentes	Foi realizado treinamento (considerado inadequado pela maioria) Houve mudança de mentalidade antes da implantação do novo sistema com relação ao custo hospitalar Houve alteração nos processos administrativos do hospital, porém, segundo os respondentes da área administrativa, eles ainda não têm acesso aos dados para tomada de decisões	A mudança de mentalidade não foi muito sentida nesse nível; houve mudança de pessoal nessa área, o que invalidou o treinamento dado. As pessoas desse setor se sentem excluídas do sistema pela falta do repasse das diretrizes iniciais
O avanço na instalação do sistema é sentido de forma diferente entre o grupo pesquisado	Dos três respondentes dessa área, dois (66,7%) consideram o sistema na faixa de 70% implantado. O terceiro respondente considera o sistema 50% implantado. Verifica-se que no nível central existe satisfação maior com os resultados do sistema	100% dos respondentes do Hospital II consideram que apenas 20% dos serviços estão implantados. Alegam que o sistema não atendeu, ou atendeu pouco às expectativas
Pontos fortes do sistema até o momento	Visão de processos Controle de custos Formação de preços. Definição de procedimentos Definição dos centros de custos	Definição de procedimentos Definição dos centros de custos
Pontos fracos do sistema até o momento	Demora na instalação Cumplicidade dos processos Relatórios insuficientes Ainda não abrange todos os aspectos da administração	Sem revisão dos critérios de rateio Custos não são detalhados por procedimento Resultados sem comparação e análise mensal. Falta de acompanhamento e explicação das variações apresentadas Falta de treinamento para acompanhar custos
Como estão no momento atual os custos na Unimed?	66,7% dos respondentes consideram o momento entre bom e regular	A maioria dos respondentes considera o momento ruim
Os respondentes estão satisfeitos com as soluções adotadas?	A maioria dos respondentes está satisfeita com a solução adotada.	A maioria dos respondentes está insatisfeita com a solução adotada.

Fonte: Autoria própria baseada no resultado das entrevistas.



## **5 Considerações finais**

---

A Unimed sentiu a necessidade de implantar um sistema de custo hospitalar mais detalhado e específico, porque, ao implantar uma nova unidade hospitalar, surgiu a oportunidade de comparar dados com os hospitais credenciados que prestam serviço à Unimed. A comparação de valores só ocorreria se os dados de custos fossem disponibilizados de forma mais específica, acompanhando as tendências de cálculo de custo por procedimento, por diagnóstico e por valor unitário. O fator gerador desse questionamento foi um curso de pós-graduação na área de custo hospitalar.

Para que o sistema funcionasse a contento, foi necessária a mudança de mentalidade por parte dos utilizadores diretos do sistema e a implantação de vários centros de custos, resultado de pesquisa e estudo por parte dos participantes do projeto de implantação do sistema de custo hospitalar. A implantação parcial do sistema proporcionou a informação necessária sobre a viabilidade de manter um hospital próprio e forneceu recursos para a negociação de tarifas com os hospitais conveniados.

O setor administrativo financeiro era o que mais tinha perspectivas em ganhos com o sistema, porque facilitaria a avaliação da saúde financeira dos procedimentos adotados no hospital mediante relatórios mais detalhados sobre o comportamento do custo. O setor administrativo ganharia com a ferramenta extra, a qual possibilitaria adicionar argumentos às negociações com os hospitais credenciados.

O tempo estimado para a implantação do sistema foi, inicialmente, de oito meses, porém, após um ano e três meses de iniciado o processo de implantação, o sistema não se encontra totalmente operante na opinião de 100% dos participantes deste trabalho.

O sistema se encontra implantado e 70% operacional para o chamado Nível Central, isto é, o sistema está operando e emite relatórios por meio da unidade central da Unimed. Porém, o chamado nível hospitalar, ou seja, o Hospital II, cujos participantes desta dissertação mais manifestaram expectativas quanto ao uso de suas informações, não está recebendo os relatórios esperados e manifesta maior nível de insatisfação. Outro fator para o atraso na implantação do sistema é a necessidade de a Unimed investir na manutenção do banco de dados. O sistema implantado na Unimed é executado de forma plena só nas dependências da WPD em decorrência da deficiência do banco de dados atual da Unimed, porque o contrato de manutenção do sistema de banco de dados precisa ser renovado.

No decorrer deste trabalho, houve substituição de pessoal, o que acarretou a inclusão de pessoas sem bom posicionamento no esquema preestabelecido no início da pesquisa. A WPD não tem nenhum registro de pedido de treinamento para esses funcionários da Unimed a fim de utilizarem o sistema.

Em setembro de 2004, foram detectados problemas no sistema. O contrato da WPD solicitava que fosse implantado o custo por procedimento em um serviço (hemodinâmica). Com a análise do comportamento desse serviço, seria implantado nos demais procedimentos, mas o serviço de hemodinâmica não faturava, e a pessoa treinada para implantar o custo por procedimento em outros serviços não os implantou ainda.

No desenrolar da instalação, ocorreram várias mudanças funcionais que prejudicaram o bom andamento da instalação do sistema. Na Unimed, houve mudança de pessoal no setor administrativo financeiro; o gerente administrativo e financeiro, Eli Barbosa, foi substituído por Cláudio Meneses, que se sente prejudicado pela ausência de treinamento no sistema. A falta de treinamento o impede de compreender que base dos relatórios ele recebe e prejudica sua visão das possibilidades que o sistema pode proporcionar. Nesse caso, a WPD também não tem registro de pedido de treinamento.

Na WPD, houve a completa renovação de pessoal a ponto de quase todas as pessoas envolvidas com o projeto do sistema da Unimed terem sido substituídas, o que exigiu a necessidade de familiarização dos novos integrantes com o projeto em questão. Esse fator causou atraso e insatisfação no pessoal da Unimed.

Outro fator observado foi o não-aproveitamento do aluno que se destacou no curso de custo inicial no desenrolar da instalação do sistema. A troca de informações entre o Nível Central e o Hospital II na Unimed é a maior fonte de insatisfação. O Hospital II não consegue comunicar ao Nível Central suas necessidades concernentes aos relatórios ou de acompanhamento dos dados fornecidos. Isso se deve à alegada falta de treinamento e à falta de contato de ambas as partes. O tempo disponível para esta pesquisa foi inesperadamente pequeno, porque, no fim não foi possível contemplar a instalação completa do sistema de custo hospitalar. Apesar dos imprevistos e do atraso, o trabalho confirmou a real necessidade de instalação e a grande valia aos dados conseguidos até o momento da pesquisa.

Respondendo às perguntas de pesquisa:

**Com a implantação do sistema de informação, as expectativas que motivaram a implantação foram plenamente atendidas?**

As expectativas foram atendidas da seguinte forma: a Unimed confirmou a viabilidade e lucratividade do Hospital II e atualmente usa os dados que estão disponíveis por meio do novo sistema para negociar com os hospitais credenciados.

**O resultado foi o esperado e satisfatório?**

O grau de detalhamento do sistema de custo ainda não é o ideal, porque o Setor Administrativo-Financeiro do Hospital II ainda não utiliza os dados no sentido de aprimorar e selecionar as atividades e serviços prestados pelo hospital. Porém, a inclusão dos centros e custos melhorou muito a visão da situação financeira do hospital, facilitando a administração.

No Nível Central, o sistema já disponibiliza dados que permitem negociar com os hospitais credenciados.

**Quais foram as mudanças administrativas ocorridas nos hospitais estudados que permitiram alcançar esses resultados?**

A principal mudança identificada foi a mudança de mentalidade. Na área organizacional, não houve mudança significativa. No caso Unimed, só houve a realocação de um funcionário no organograma. As mudanças na redefinição dos centros de custo, na implantação e nos sistemas de custos baseados no método SBC, PBC e DBC foram primordiais para estabelecer maior entendimento sobre os custos na Unimed. Houve, ainda, mudança na coleta de informações para o movimento de critérios, possibilitando maior detalhamento dos relatórios e do cruzamento de informações.

## Referências

AL-ASSAF, A.F.; SHMELE, June A. **The textbook of total quality in healthcare**. Delray Beach, Florida: St. Lucie Press, 1994.

ANDRADE, Davi G. A influência da percepção de mudança organizacional sobre a avaliação da eficácia de um sistema de informação (SI): o caso da Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer. 2000. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2000.

BERWICK, Donald M. et al. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. São Paulo, Makron Books, 1994.

BEULKE, Roland; BERTÓ, Dalvio J. **Gestão de custos e resultados na saúde**: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres. São Paulo: Saraiva, 1997.

BIANCHINI, Josiane R. L.; POZZEBON, Eliane; ALMEIDA, M. A. Sistema de informação hospitalar no planalto serrano catarinense. In: CONGRESSO DA SBC, 22., 2002, Florianópolis. **Trabalhos apresentados...** Florianópolis: [s.n], 2002. Disponível: <http://www.google.com.br>. Acesso em: 12 ago. 2003.

BURGELMAN, Robert A.; ROSENBLOOM, Richard S (Ed.). **Research on Technological Innovation, Management and Policy**. Hardcover: Jai Press Ltd., 1993. v. 5.

CAMPOS FILHO, Maurício P. Os sistemas de informação e as modernas tendências da tecnologia e dos negócios. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 33-45, nov./dez. 1994.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

COUTTOLENC, Bernard F.; ZUCCHI, Paola. **Gestão de recursos financeiros**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, 10).

DEAL, Terence; KENNEDY, A. **Corporate cultures**. New York: Addison-Wesley, 1982. 282 p.

DIAS, Donaldo de Souza. Eficácia de sistemas de informação, participação do usuário e mudança organizacional. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 17., Florianópolis, 1993. Salvador. **Anais...** Florianópolis:Salvador: ANPAD, 1993, v. 2, p. 163-172.

\_\_\_\_\_. **O sistema de informação e a empresa**. Rio de Janeiro: LTC, 1985.

EQUIPE DE PROFESSORES DA FEA/USP. **Contabilidade introdutória**. São Paulo, Atlas, 1992.

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

FALSARELLA, Orandi M. **Tecnologia de informação e mudança organizacional**. Revista de Informática, Campinas, v. 1, p. 1-14, 2002. Disponível em: [www.puc-campinas.edu.br/ceatec/revista\\_eletronica/Segunda\\_edicao/num\\_02/artigo\\_revistaorandi\\_.pdf](http://www.puc-campinas.edu.br/ceatec/revista_eletronica/Segunda_edicao/num_02/artigo_revistaorandi_.pdf) Acesso em: 14 ago. 2003.

FONG, Tony. Supply and demand. **Moderne Healthcare**, Chicago, v. 33, Iss 8, Feb. 24 2003. Pesquisa on-line. Acesso em: 7 abr. 2003.

FREITAS, Henrique M. R. et al. Avaliação de sistemas de informações. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 36-55, out./dez., 1994.

JOHANSTON, Halley. Sistemas de informação hospitalar: presente e futuro. **Revista Informédica**, v. 1, n.2, p. 5-9 1993. Disponível em: <http://www.brasil.embmw.dc.us/NIB/informed>. Acesso em: 11 out. 2002.

KISIL, Marcos. **Gestão da mudança organizacional**. Colaboração de Tânia Regina G.B. Pupo. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2001. (Série Saúde & Cidadania, 4).

KOMAGATA, Hélio. **A seleção de um sistema de informação hospitalar**. [S.d.] Disponível em: <http://www.henet.usp.br/forum/selecao.htm>. Acesso em: 11 out. 2002.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MARTINS, Domingos. **Gestão financeira de hospitais**. São Paulo: Atlas 1999.

MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de custos**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MCNURLIN; SPRAGUE . A study of growth of information system function and the nolan development model. **Journal of Computer Information Systems**, Oklahoma, v. 38, n. 3, p. 44-52 ., Spring 1993.

MEDEIROS FILHO, Benedito C. **Revolução na cultura organizacional**. São Paulo, STS, 1992.

MOTTA, Paulo Roberto. **Transformação organizacional**: a teoria e a prática de inovar. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1995.

PORTAL NACIONAL DE SAÚDE. **Unimed do Brasil**: nossa missão. Disponível em: [www.Unimed.com.br](http://www.Unimed.com.br) Acesso em: 15 abr. 2003.

RAKICH, Jonathon S. **The instructo's manual for managing heath services organizations**. Baltimore, Maryland, Health Professions Press, 1994.

ROCHE, Chris. **Avaliação de impacto dos trabalhos de ONGs**: aprendendo a valorizar as mudanças. 2. ed. São Paulo: Cortez , 2002.

RODRIGUES FILHO, José. **Método de pagamento hospitalar no Brasil**. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, n.24, p.78-86, ago./out. 1990.

SELLTIZ, C.; WRIGTHSMAN, L.; COOK, S. W. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: EPU, 1987. (Medidas na Pesquisa Social, 2).

SILVA JÚNIOR, José B. (Coord.). **Custos: ferramenta de gestão: Conselho Regional de Contabilidade do Estado de São Paulo**. São Paulo: Atlas, 1998. (Coleção Seminários CRC-SP/IBRACOM).

SPRAGUE JR., Ralph. A framework for the development of decision support system. In **Decision support system: putting them into practice**. London: Prentice Hall, 1989. p. 7-32.

TORRES, Norberto A. Competitividade empresarial com a tecnologia da informação. São Paulo: MAKRON Books, 1995.

VIEIRA, Marcelo; CARVALHO, Rosimeri; VIEIRA, Eleonora M. F. **Controle organizacional: potencialidade e realidade a partir da automação**. Rio Grande, RS: Biblos, 1995. v. 7.

WANT, J. H. Managing change in a turbulent business climate. **Management Review**. New York, v. 79, n. 11, p. 38-41, nov. 1990.

WEBLABS Tecnologia Ltda. **Sistema integrado hospitalar**. Disponível em: <[www.weblabs.com.br/sih/index.htm](http://www.weblabs.com.br/sih/index.htm)>. Acesso em: 23 out. 2001.

WOOD JR., Thomas (Coord.); BRISOLA, Borges et al. **Mudança organizacional: aprofundando temas atuais em administração de empresas**. São Paulo: Atlas, 1995.

YAN, Chaohua. **Evolution of hospital information systems**: introduction to medical informatics. Disponível em <[www.pitt.edu/~chyst17/evolution.htm](http://www.pitt.edu/~chyst17/evolution.htm)>. Acesso em: 14 maio 2000.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookmann, 2001.

ZUBOFF, Shoshana. Automatizar, informatizar: As duas faces da tecnologia inteligente. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 80-91, Nov./dez. 1994.

## APÊNDICE A – Questionário de pesquisa

PROPAD – UFPE

QUESTIONARIO / FASE 2

CASO Unimed

NOME: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

TEL. CONTATO: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

1) Qual sua opinião sobre o novo sistema de custos da Unimed? (Escolha apenas uma opção)

Nada importante	Pouco importante	Razoavelmente importante	Muito importante	Extremamente importante

2) Que mudanças ocorreram para possibilitar o funcionamento do sistema? (Enumere as opções de 1 (um) a 5 (cinco) de acordo com a relevância de cada uma delas). Maior relevância = 5, menor relevância = 1. Cite a mudança ou acrescente mudanças não citadas.

	Mudanças funcionais realizadas	
	Treinamentos na área de custos	
	Mudanças nos processos administrativos	
	Mudanças no Organograma	
	Outras mudanças	

3) O sistema atendeu às expectativas? (Escolha apenas uma opção)

Perfeitamente	Atendeu bem	Atendeu	Atendeu pouco	Não atendeu

4) Quais os pontos fortes e pontos fracos do sistema? Cite 3 (três) de cada.

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS



5) Qual sua opinião sobre o momento atual dos custos na Unimed? (Escolha apenas uma opção)

Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo

6) Você está satisfeito com as soluções adotadas? (Escolha apenas uma opção)

Muito satisfeito	Satisfeito	Indiferente	Insatisfeito	Muito insatisfeito

## APÊNDICE B – Degravação das entrevistas

### Entrevista 1 – 10/1/2003

Entrevistado: Sr. Jean Carlos A. Lima – Unimed  
Supervisor de Custos da Unimed

Entrevistadora: Sra. Leticia Carvalho (LC)

LC – Seu nome?

JC – Jean Carlos

LC – Cargo que ocupa?

JC – Eu estou como supervisor de custos. Na verdade, o setor é gestão de custos, mas estou exercendo a supervisão de custos.

LC - O método anterior de custos era automatizado?

JC – Sim, sempre foi. A contabilidade da Unimed hoje ela é interligada. Tem um sistema que controla os próprios hospitais, o sistema pirâmide. Eles é que alimentam o sistema, então a conta que chega para pagamento dos hospitais, a pessoa do financeiro faz o cadastro dessa nota fiscal, e depois ela só é conferida pela contabilidade. A contabilidade não faz o lançamento, eles fazem a conferência e a verificação se o lançamento foi devidamente apropriado.

LC – Eu me refiro mais ao método de custo.

JC – Não, custo não teve porque a contabilidade trata cada unidade como uma unidade. Por exemplo, o Hospital II, que é o que estamos implantando, tinha um código para ele, uma conta 10801, e tudo relativo ao Hospital I era lançado lá.

LC – No Hospital II?

JC – No Hospital II. Nós sabíamos do custo do Hospital II. Por exemplo, gastava um milhão de reais, mas não era por setor, era por unidade. Hoje nós vamos ter esse hospital dividido em 45 centros de custo. Então, o que era apenas um hospital e uma conta, nós vamos ter hoje 45 contas.

LC – Quantos hospitais da Unimed tem aqui no Recife?

JC – Dois hospitais.

LC – Que é esse da Ilha do Leite e aquele...

JC – O Hospital I é o da Praça Chora Menino e o II é aquele o da Praça Miguel de Cervantes, junto do Hope e do Esperança. Tem mais outras unidades: uma Urgência, para atendimento de urgência em Olinda e uma Urgência Pediátrica, mas só tem dois hospitais.

LC – O sistema de custos, antes da implantação, era feito pela contabilidade manualmente ou automatizado?

JC – Era automatizado pelo...

LC – Semi-automatizado?

JC – A contabilidade da Unimed era uma só. Nós não temos a contabilidade do Hospital I, a contabilidade do Hospital II; nós temos a contabilidade da Unimed que tanto funciona fisicamente aqui como controla todas essas unidades. Agora essas unidades foram subdivididas em contas. Se for comprado um equipamento para o Hospital II, isso vai para o custo do Hospital II.

LC – Você disse que as contas foram subdivididas; que seriam essas contas?

JC – Bom, anteriormente ou agora?

LC –Anteriormente?

JC – Dentro do plano de contas da Unimed, havia sete unidades a que chamamos de unidades próprias. Então tem o Centro Administrativo, Hospital I, o Hospital II, a Urgência de Olinda, a Pediatria, o atendimento domiciliar. Cada unidade dessas é uma unidade de negócios. Na contabilidade ela é separada, mas não na contabilidade geral da Unimed. Por exemplo, isto aqui é um balancete tirado pela contabilidade, então se for tirado de toda a Unimed, o Centro de Administração lista essas contas aqui, que são as mesmas contas e os valores; Urgência Geral de Olinda, essas mesmas contas e os valores; o Hospital I, essas mesmas contas e os valores, sempre dessa forma. Hoje o Hospital não é mais isso, agora é isso e isso, são centros de custos. Só existia isto aqui do hospital, mas discriminado pelas contas. Tem folha de pagamento, aluguel, produção médica, tudo relativo à unidade de negócios. Agora estamos implantando, pegando essas mesmas despesas e alocando no seu devido setor e no seu centro de custos. Depois vamos fazer isso no restante da Unimed. [...] anteriormente não existia, só existia isto aqui. Se a diretoria quisesse saber quanto estava custando o Hospital I ou o Hospital II, teria este valor aqui [mostra o balancete de verificação não cedido pela Unimed]. Só a Unimed funciona de maneira diferente, porque o hospital da Unimed não tem receita. Se um usuário da Unimed vai para o Hospital Santa Joana, por exemplo, o Santa Joana cobra aquela conta da Unimed, mas se o usuário vai para o Hospital da Unimed, a Unimed não tem essa receita, ela deixa de ter aquela despesa. Em tese, o hospital funciona como se fosse um hospital particular. Então o tratamento dele é pegar todo o faturamento dele e enviar contra a Unimed, como se a Unimed estivesse pagando.

LC – Na verdade, você está cobrindo os custos?

JC – É. É uma unidade nossa, nós temos 125.000 usuários.

LC – No Recife ou Pernambuco?

JC – São 125.000 usuários da Unimed Recife, porque a Unimed é uma cooperativa, cada cidade é uma cooperativa, então a Unimed Recife é diferente da Unimed Guararapes, da Unimed Caruaru, da Unimed Arcoverde...

LC – Cada uma delas é administrada separadamente?

JC – É separadamente. Um grupo Unimed se reúne e pega a autorização para funcionar, e dependendo, da cidade, vai fazer aquele plano, vai fazer aquele projeto e fundar aquela cooperativa com software, com os cooperados, com os funcionários e vai atender os usuários das outras Unimeds. Então, quando a Unimed Recife atende um usuário da Unimed Caruaru, ela nos paga por esse atendimento. Não é uma empresa só, é um sistema só. A propaganda é feita em cima do nome Unimed. Quando é nacional é Unimed, quando não, é Unimed Rio de Janeiro.

LC – Então no caso, o sistema anterior era semi automatizado no sistema pirâmide?

JC – É um sistema que controla; ele é financeiro e contábil.

LC – A contabilização se faz em cima da conferência das notas fiscais?

JC – Cada unidade fazia esse lançamento, e a contabilidade faz conferência desse lançamento.

LC – Era como se cada unidade fosse uma filial?

JC – Era considerado como se cada unidade fosse uma filial. Este número aqui, 10801, era uma filial, mas contabilmente não se pode chamar...

LC – Não é por causa da visão da empresa...

JC – Ele tem CGC de filial, mas não tem uma contabilização de filial. Na verdade, eu não sei como é que isso se dá numa empresa, que seja mesmo matriz e filial, se a contabilização dela pode ser só na matriz, mas aqui tratamos por unidade. Cada unidade tem um nome e uma codificação.

LC – Nesse método anterior, quais as dificuldades que você sentia?

JC – Não tínhamos como chegar, por exemplo, ao custo do procedimento, ao custo médio do setor. Não tínhamos como identificar nada, porque vamos ter a despesa geral. Qual é a vantagem disto agora? Vamos ter, neste primeiro momento, o custo do centro de custo, e vamos fazer o quê? Por exemplo, o faturamento vai ter o custo direto dele, vai ter o custo indireto e vai ter o custo total. O faturamento é por número de fatura, e vamos saber quanto o hospital gasta para fazer a conferência ou fazer o faturamento de cada fatura, o custo unitário, porque o custo direto vai ser o quê? Vai ser o salário do pessoal. O hospital está todo dividido em rateio de água, rateio de energia, rateio de aluguel, rateio de vigilante e de limpeza. Então vamos ter os custos diretos e os custos indiretos. Assim, neste primeiro momento, vamos ter os custos dos centros de custos, o custo direto e o custo indireto para sabermos o custo do procedimento. Depois, no segundo momento, vamos ter o custo do procedimento, vamos saber quanto custa uma ultra-sonografia, quanto custa determinada cirurgia.

LC – Calma, estamos falando do antigo. Você não tinha acesso ao custo por procedimento, ao custo médio por setor; você tinha apenas a despesa geral. Tinha essa divisão de custo direto e custo indireto?

JC – Não, porque todos os setores eram tratados como um geral.

LC – Então as despesas eram todas congregadas, e era difícil você especificar, por exemplo, o custo de um procedimento, o custo de um atendimento?

JC – Não tínhamos como especificar. Tínhamos a despesa total; agora vamos ter a despesa por setores. Se fizesse, seria um chute, uma coisa bem aproximada, porque eu não teria como identificar os custos que estavam sendo inseridos naquele procedimento. A implantação de custo não é só saber o custo, pois não adianta implantar, olhar para o custo e não tomar nenhuma atitude. Tem de se monitorar isso para saber se num mês o custo do procedimento deu êxito no outro mês, tem de se fazer uma análise, mas isso já é uma etapa adiante.

LC – Vocês tinham algum tipo de facilidade no sistema anterior, alguma coisa que você achou interessante e quis conservar neste sistema que vai entrar agora?

JC – Não, porque não mudamos, na verdade, de sistema contábil. O sistema contábil permanece, foi adaptado a esse sistema, então o pirâmide, que é o sistema financeiro e contábil, permanece, apenas foi adequado a essas modificações. O sistema Wcustos é um sistema mais gerencial, não vai servir como um sistema contábil. Há algumas contas, alguns acertos que não temos como contabilmente fazer.

LC – No caso, vocês estão colocando um sistema de auxílio à tomada de decisões?

JC – Também. Ele é gerencial, ele vai trabalhar diretamente ligado à contabilidade, mas este relatório aqui vai deixar de ser apresentado. Vamos ter um relatório que vai sair daqui, e tem alguns artifícios que se pode fazer lá à vontade. Então, o sistema em si não modificou, vai alimentar o outro.

LC – Vamos entrar agora em um assunto que você já comentou ou começou a comentar. Quais os motivos da mudança? Os motivos que geraram essa vontade de mudar?

JC – Eu não vou lhe dizer os motivos, eu vou lhe dizer o que eu acho que foi. Como foi uma decisão de diretoria, eu imagino que tenha sido, isso não chegou a ser aberto, mas existe uma necessidade muito grande de a diretoria mostrar ou comprovar que os hospitais são viáveis. Como a Unimed é uma cooperativa, a diretoria tem de prestar contas aos cooperados. Ela tem de ter um artifício de chegar, porque você sabe que olhar um balanço não quer dizer nada, até gente que é da área, se não tiver muito conhecimento, não vai saber o que é. Então, com um instrumento mais apropriado, de repente, vai constatar que a Unimed está tendo um prejuízo enorme com aquele hospital. Então, o negócio fino da Unimed não é hospital, a Unimed é um plano de saúde, mas isso é uma opinião minha, não é da empresa, mas eu acredito que tenha sido por esse motivo. Tanto é que uma das expectativas maiores é essa reunião de agora. Nessa assembléia, já vão levar relatórios dizendo que o hospital é viável. Não se pode dizer hoje que a despesa do hospital é imensa; é ter a despesa do hospital só como se fosse a despesa do hospital geral. Isso vai dar embasamento para outras decisões.

LC – Na sua opinião, o que se pretende com essa mudança é ter uma visão fina do custo hospitalar?

JC – Não, essa é a finalidade mesmo. A finalidade da implantação desse sistema é ter capacidade para daqui a alguns meses, um ou dois meses, sabermos o custo de cada

atendimento, o custo de uma hora de cirurgia, o custo de um exame, o custo de um atendimento. Com o sistema, vamos ter realmente condições de obter esses valores; ao passo que sem a implantação de um sistema de custos por centro de custo, não se pode ter, porque não temos o custo das pessoas envolvidas. Então a finalidade é esta, implantar e controlar, saber o que é que se está se gastando, se aquilo ali é melhor terceirizar. Temos o diretor do hospital, o Dr. Carlos Marinho. Ele também fez pós-graduação em administração hospitalar, a monografia dele foi de custos, então ele entende muito bem. Fez um curso com o professor James. Ele disse que num hospital tem vários setores com os quais se tem prejuízo, ou se tem prejuízo ou se tem lucro bem pequeno, mas aquele setor o hospital não funciona sem ele; ou se funcionar, vai funcionar precariamente. Tem algumas coisas que são importantes para o hospital; por exemplo, a urgência do hospital não traz benefício algum, mas ela a é porta de entrada para o hospital; nela sai um internamento, sai uma internação em UTI, saem exames, porque toda vez que alguém vai a um hospital particular, a recepção já sabe que o médico vai pedir um monte de exames. Se alguém estiver com uma dor no peito, é eletro, é isso, é aquilo, porque não sendo assim, não se banca o hospital, porque o custo só do atendimento de urgência para a estrutura do hospital é pequeno, mas a urgência tem de ter.

LC \_ Nessas perspectivas do custo de atendimento, do custo de exame, das horas de cirurgia, até pensando em fazer depois um comparativo com que hoje se paga ao hospital particular?

JC – Nós vamos ter maior poder de barganha, por exemplo, porque hoje os hospitais, principalmente os hospitais especiais, têm uma tabela própria. Outra coisa que se comentou também disso foi que há uma variação enorme de uma mesma cirurgia. Você faz uma cirurgia de hérnia, por exemplo, uma custa 500 reais, outra custa 1.500 reais, outra custa 1.800 reais, e é a mesma cirurgia, sem intercorrência, existe até uma diferenciação. Para a Unimed, isso é interessante em termos de pacote, ela vai ter maior poder de decisão e tomar um pacote, ou, se nós fossemos realmente um hospital, teríamos nossos custos reais e poderíamos vender aquele nosso pacote com maior segurança, porque se eu checar hoje o que gasto na cirurgia, isso, isso e isso, mas não nos baseamos só naquele custo, tem custo de pessoal, custo de medicamento, custo fixo e os custos indiretos, as pessoas que trabalham para aquilo ali. Então não temos como mensurar esses custos se eles não estiverem devidamente identificados. Essa é um das razões para que se monte esse sistema.

LC – Hoje esse custo é recebido por vocês por meio do governo, ele é calculado pelas informações de que vocês já dispõem, ele é dado pelas empresas com as quais vocês trabalham?

JC – Estão tratando o hospital como uma unidade de negócios. A Unimed não recebe pelo procedimento realizado, a não ser que seja um usuário de outra Unimed, mas se for um usuário da Unimed e for para lá, a Unimed não vai receber nada. Agora estamos tratando do hospital para saber qual seria o custo como se o hospital fosse uma empresa à parte, uma unidade de negócios. Então, todo o faturamento que o hospital tiver vai ser debitado como receita para ele embora ele não obtenha nenhuma, nem a Unimed vai pagar. A Unimed tem alguns convênios com outras empresas e instituições, os Correios e a Marinha, por exemplo, então o usuário daquele convênio vai para lá, é atendido e a Unimed cobra aquele atendimento ao usuário, mas aquilo ali são os custos de mercado. o que vai ser cobrado lá? Uma taxa de sala, um medicamento, que não é o custo do atendimento, aquilo é o custo...

LC – No caso, o custo de mercado é definido pelo próprio terceirizador?

JC – Medicamentos, custo de medicamentos os hospitais trabalham com o Brasíndice, então esse custo é feito porque a maioria dos hospitais não tem tabela para medicamentos, tem o Brasíndice.

LC – E procedimentos?

JC – Os procedimentos são de acordo com o contrato que o hospital tenha com o plano, então meu custo no Hospital Memorial São José é muito maior do que com o Hospital São Lucas; vai de acordo com a tabela de medicamentos, é aceito o Brasíndice. Descartáveis e procedimentos são de acordo com o contrato, então a Unimed tem a tabela própria, tem outras tabelas também como os hospitais especiais têm a tabela deles. Se a Unimed compra no hospital dela uma pilha desta aqui a Ireal, lá eles podem cobrar a 2, 3 ou 4 reais, e nós aceitamos aquilo ali como certo, porque é a tabela deles e eu tenho um contrato em que vou cobrar esses valores, e você aceitou.

LC – O hospital especial é o que faz atendimento domiciliar?

JC – não, os hospitais especiais são o Memorial São José, o Albert Sabin e o Santa Joana. Eles só têm acomodações especiais, que é o apartamento. Seu plano aqui conosco é de enfermaria ou de apartamento?

LC – Enfermaria.

JC – Então, você não pode ser atendida em nenhum desses hospitais. Se você precisasse ser internada, não poderia. Se alguém for fazer um plano com a Unimed, ela diria, este aqui é um plano básico e este aqui é um plano especial. Hoje não se usa mais isso, hoje se usa enfermaria e apartamento, então você paga 50 reais por aquele e 100 reais por esse. Por quê? Porque os custos desse são maiores, então a diferença de hospital é essa. Esses hospitais, por serem maiores, têm o poder de chegar à Unimed, que só recebe dessa tabela. Esse custo é muito relativo, vai de acordo com o contrato. Existem outras tabelas, a tabela do Gremis, a tabela do Ciefas, do Sidhosp, que é o sindicato dos hospitais.

LC – Qual a importância dessa implantação para a Unimed como plano de saúde?

JC – Vai ser a mesma que tenha levado a diretoria a fazer isso, é saber se é viável para a Unimed enquanto administradora de plano de saúde ter um hospital próprio, porque, simplesmente, o que a Unimed poderia fazer hoje? Fechar todos os hospitais, todas as unidades e terceirizar isso como ela já tem. Então de repente, se fizesse um estudo lá e verificasse que esse hospital está sendo prejudicial para a Unimed enquanto plano, ela poderia simplesmente desativar isso e ela não perderia o sentido dela. Mas isso tem de ser ponderado da seguinte forma: se nós estamos atendendo esses usuários, se fecharmos, eles vão para as unidades credenciadas; não vemos nenhum hospital fechando aqui. Tem o João XXIII, o São Lucas [na ocasião da entrevista, estava em funcionamento], que está ruim das pernas, mas sempre estamos vendo hospitais grandes sendo abertos, hospitais de luxo. Como plano de saúde, uma das expectativas é esta: saber o custo real, chegar a uma negociação e levar uma planilha de custos, e dizer, no meu hospital, gastamos X, o custo desse procedimento é este, e no seu pode ser duas vezes maior.

LC – Agradeço a gentileza de ter concedido a entrevista; aqui me despeço. Boa-tarde.

## Entrevista 2 – 14/10/2003

Entrevistado: Sr. Eli Barbosa – Hospital Unimed II (Eli)  
Gerente Administrativo e Financeiro do Hospital II

Entrevistadora: Sra. Leticia Carvalho (LC)

Esta entrevista visa conhecer o sistema Wcustos e sua vinculação com o SIH e as necessidades de reengenharia de processos na exportação de informações.

LC – Qual é a situação da Unimed nos serviços próprios e terceirizados?

Eli – Nos já fizemos no Hospital I o levantamento de custos. Tínhamos condição de saber quanto custava cada serviço nosso, mas não com um programa que nós mesmos gerenciássemos. A importância do programa que está sendo oferecido pela WPD é que vamos continuar e trabalhar com ele como produto nosso. O pessoal que trabalhava conosco captava os dados, levava e fazia os levantamentos na empresa. Depois nos trazia os resultados. Agora não, nós vamos fazer esse trabalho, vamos recolher as informações e trabalhar os dados.

LC – E os terceirizados?

Eli – Não temos nada a ver com as empresas que trabalham com a gente, os terceirizados; o levantamento de custos é delas. Contratamos com elas os serviços e não nos preocupamos com o custo dos terceirizados.

LC – Esses acordos de prestação de serviços terceirizados são feitos baseados nos custos de vocês ou fornecidos pelas empresas? Vocês têm uma linha de produtos que os próprios cooperados prestam, e têm, por exemplo, antes a Unimed não tinha hospital, então ia utilizar...

Eli – Os serviços credenciados.

LC – Esses acordos eram feitos baseados em que custos?

Eli – Nós hoje fazemos os contratos com muito mais base, porque temos uma situação de saber quanto custa o serviço, então as negociações de tabela, as negociações de contrato com a rede credenciada ficaram muito mais fáceis. Nos pagávamos os valores que eles estipulavam, não tínhamos nenhum indicador que nos desse alguma ajuda para que pudéssemos negociar preço. Recebíamos a informação, discutíamos e tentávamos fazer um preço menor, mas sem base para discutir e dizer não, eu chego a X porque sei quanto custa. Hoje o hospital ajudou muito nas negociações. Nas negociações, não só o hospital, e sim os levantamentos de custos. Hoje sabemos quanto vai custar uma UTI, quanto custa o valor de uma diária, o custo de um internamento e o quadro dos custos enquadra tudo.

LC – Qual a sua visão da Unimed?

Eli – A visão da Unimed é que ela hoje tende cada dia mais crescer, principalmente em função dos serviços próprios. Se ela não tivesse **progredido**, certamente não estaria em boa situação financeira hoje.



LC – Ela já passou por alguma situação de insolvência ou mais apertada em algum momento?

Eli – Bem, mesmo sendo a minha área, eu nunca estive a par da responsabilidade financeira da empresa.

LC – Apesar de ser gerente financeiro...

Eli – É. Eu sou gerente administrativo e financeiro de uma unidade.

LC – Daqui do Hospital II.

Eli – Eu não entendo nada da parte de faturamento da Unimed. Eu faturava para a Unimed como se fosse um hospital credenciado, então da receita e da despesa da Unimed, eu não tenho nem conhecimento de quanto chega a ser. Eu sei quanto faturava para a Unimed e quanto o Hospital custa para a Unimed, mas não quanto a Unimed tem como receita dos planos dela e quanto ela tem como despesa com a rede credenciada. Este aqui eu sei quanto a Unimed gasta com ele.

LC – O ressarcimento dela com os membros credenciados é baseado em que tipo de fator, uma tabela?

Eli – É por tabela. Existem tabelas feitas pelo próprio Sindicato dos Hospitais, que oferece padrão de hospitais, padrão I, II e III. Então, de acordo com a classificação do hospital, existe uma tabela, e em cima dessa tabela, a Unimed pagava e paga ainda.

LC – Como era o cálculo de custos antes do sistema WPD?

Eli – Para se negociar com os hospitais?

LC – Ou mesmo para o controle próprio de vocês.

Eli – Quando chegamos aqui, não tínhamos controle administrativo e fazíamos o seguinte: perguntávamos qual foi nossa despesa? Foi X; quanto gastamos com MAT-MED; quanto gastamos com honorários médicos? X. Daí, tínhamos idéia de quanto apresentar em uma proposta de preços. Não tínhamos um levantamento de custo que dissesse quanto custa aquele serviço naquele ambiente dividido mediante um sistema de custos apropriado. Era uma coisa muito sem fundamento.

LC – Era mais uma junção de despesa com a matriz, com tudo.

Eli – Sim, mas não tinha o valor exato como tem hoje como custos.

LC - Quais as dificuldades e facilidades que você tinha com o sistema anterior?

Eli – Eu não queria tecer nenhum comentário sobre isso, porque o sistema que foi implantado ainda não está totalmente concluído. O sistema de informática que nos tínhamos aqui estava em fase de elaboração. Era de um médico cooperado, e ele instalou, mas ele não atendia a todos os serviços, não atendia a todos os módulos necessários. Era desenvolvendo cada um, então isso criou muita dificuldade para a Unimed, principalmente para o administrador. O Dr. X foi até XX e disse que com esses termos é muito difícil continuar. Então ela rompeu e fez uma cotação com a WPD.

LC –Essa necessidade de mudança veio só desse setor ou teve outros? Todas as pessoas queriam que a forma de calcular o custo fosse mudada?

Eli – Não. Esse sistema não apareceria nada de custo, ele não estava nem totalmente pronto, como eu estou lhe dizendo. Ele tinha o módulo de recepção, que não estava completo; tinha o módulo de faturamento, que não está completo, então vários módulos não estavam completos, não sei nem se tinha algum módulo completo. Havia necessidade de finalizar o sistema em todas as áreas.

LC –Vocês já tinham um *modus operandi* de recolher esses dados não necessariamente informatizados. Vocês faziam esse controle manualmente e como era feito?

Eli –Começamos este hospital com esse sistema.

LC – Não se fazia nada manualmente que complementasse a falta de informação?

Eli – Não, porque não se consegue trabalhar hoje de forma manual, principalmente com o volume deste hospital de atendimentos, tanto na área de atendimento médico na parte clínica como na parte de urgência. Nós atendemos a mais de 4.000 pacientes/mês só na urgência, sem contar a quantidade de guias emitidas que temos. Então nós ficamos com a faixa de 85% a 95% de ocupação em função de ser um hospital eminentemente para cirurgia; se quiséssemos bater 100% da faixa, incluiríamos pacientes clínicos, e ficaria com ele 100% clínico, cheio em 100%. Temos por baixo de pacientes por vaga porque queremos fazer as cirurgias aqui dentro, então tem de ter leitos, e para isso, tem de haver rotatividade.

LC – Então, a mudança organizacional também foi necessária, não é verdade?

Eli –Sim. Não tínhamos como continuar; íamos chegar a um momento em que não íamos ter o controle de nada. Se não tiver um sistema confiável, que dê condições de lidar com os dados, não é possível trabalhar hoje em dia. Nós vínhamos de um hospital que já tinha dado prejuízo. Eu e o Dr. Carlos Marinho gerenciamos o Hospital I, e quando a Unimed comprou este hospital e o instalou, nós fizemos parte da equipe e viemos administrar este hospital. Quando viemos administrá-lo, o sistema não era o WPD de lá; essas coisas quem decide é a diretoria, que nos mandou trabalhar com o sistema tal, e nós ficamos trabalhando, mas chegou um momento em que eu disse, eu não tenho como ser cobrado nem tenho como cobrar de ninguém, porque eu estou sem controle. Eu não posso dizer quantos atendimentos nós tivemos, não posso dizer qual é meu estoque disso, o que é daquilo. Não posso informar nada, porque o sistema não está me contentando; ele me dá uma resposta hoje, e se eu tirar novamente o relatório, ele me dá uma resposta totalmente diferente da primeira, mesmo que eu dê os mesmos dados e o mesmo momento. Não podemos confiar num dado desses. Então se for esse aí, não serve, vamos mudar, e com o sistema de IP (rede), tudo velho, não tinha nenhum sistema que me ajudasse a ter o dado atualizado.

LC – Essa última pergunta foi no sentido da mudança, então a mudança não foi só do sistema velho. Pelo que percebi, foi toda uma mudança na estrutura de como era organizado este hospital?

Eli – O problema é que o sistema que tínhamos, como eu já disse, não estava concluído, mas eu precisaria ter aqui um sistema de informática para que eu pudesse gerenciar o hospital, porque esse trabalho de relatórios...

LC – Relatórios de apoio à decisão...

Eli – Os relatórios gerenciais são de suma importância para os gerentes, para a diretoria. Hoje precisamos ter um levantamento de quantas cirurgias e certas cirúrgicas ela trata, e para nós é importante aumentar a quantidade delas, qual a cirurgia que vale para Unimed fazer no hospital, qual a cirúrgica que é melhor fazer na rede credenciada, porque precisamos abrir espaço para outros serviços que sejam finalizados. Então, aquele sistema não me dava nada, eu estava sem condições de levantar os dados para trabalhar com um pensamento maior, um pensamento futuro.

LC – Para fazer as projeções?

Eli – As projeções.

LC – Quais as perspectivas que você tem com o novo sistema?

Eli – A expectativa é muito boa. Eu acho que eu fiz parte de toda a implantação e da elaboração, até porque eu teria de informar a parte toda, o que ficaria localizado aqui na gerência. Fiz parte com a equipe da WPD de todas as reuniões. Temos um encarregado hoje, que é da área de custos, Jean Carlos, que ficou como a pessoa que vai monitorar tudo isso, mas as informações partem daqui. Então tudo que fizemos foi concomitantemente unidos. Quando ele vir, vamos medir principalmente aqueles levantamentos que tínhamos de fazer não com os dados 100%, e sim aqueles de rateio. Então, temos um empregado agora que sabe como fazer os rateios, e foi justamente no momento em que mais nos empenhamos para ratear energia elétrica, água a parte de pessoal. Tudo isso é despesa que se tem de fazer com muitas reuniões, foram muitos estudos; até o próprio conselheiro se dedicou muito a isso. Geralmente era ele quem dava a palavra final.

LC – Qual é a expectativa principal?

Eli – Temos o levantamento de custo e saber o que é que estamos fazendo; se o hospital é ou não é viável; se a empresa é ou não é viável. Hoje em dia, quem não trabalhar com custos está fadado à falência; tem de saber se o hospital, aquele setor, aquela área está sendo positiva ou se está sendo deficitária, para que se possa trabalhar melhor, ver quais são as condições de poder transformar em algo positivo, superavitária em vez de deficitária. Será que a UTI está sendo superavitária; será que para nós está valendo a pena ter uma urgência; será que todas as cirurgias que estamos fazendo aqui não podiam ser terceirizadas? Fazer uma análise.

LC – Fazer um comparativo entre a rede credenciada e a rede própria, e vocês testando o próprio serviço. Eu também poderia dizer que isso ajudaria na negociação?

Eli – A empresa tem usado bastante disso para negociar.

LC – Então, qual é a importância dessa implantação para a Unimed como plano de saúde?

Eli – A Unimed enxugar o pagamento da rede credenciada; renegociar todos os contratos com a rede credenciada; ter aqui os procedimentos de auto-custo; que ela possa trazer para aqui os procedimentos que saiam mais caros na rede credenciada, e aqui o hospital funcionando como parâmetro para todas as negociações. Hoje a diretoria, ou seja, Dr. Ivaldo e Dr. Galvão não vão negociar sem saber quanto é que custa o procedimento no hospital; hoje ficou muito mais fácil. Vão dizer que a cirurgia custa X, e lá fora custa X+Y. Então por que está cobrando tanto se lá no hospital fazemos por esse valor? Eles ficam com mais poder de barganha para uma negociação.

LC – O sistema visa que se veja o custo de alguma área em particular?

Eli – Eu creio que sim, principalmente a UTI e a parte de hospitalização, a parte de cirurgia. Na parte de hospitalização, nesse segundo levantamento de alguns custos, vimos que estava havendo um problema nele, mas sabíamos o que estávamos fazendo. Eu me lembro bem do custo da parte de nutrição, que antes um almoço era R\$ 9,45. Fomos conversar com a nutricionista para saber por que era tanto. Ela ficou doidinha e disse: ‘não, não pode’, e fizemos um reestudo com o pessoal de custos que novamente se reuniu, e foi levantado que podíamos dividir alimentação de nutrição, principalmente porque o que pesa muito são os recursos humanos. Estamos fazendo os ajustes, e teve um levantamento de custos no setor. Isso é o que mais me importa. Eu preciso saber quando está custando o CMF, por exemplo, que é a parte de esterilização: será que vale a pena eu continuar esterilizando aqui valerá a pena eu terceirizar esse serviço? Levantamento da copa e nutrição: será que vale a pena continuar com aquele custo em nutrição ou poderia terceirizar esse setor? Tem as instalações, traz uma firma, e quanto custaria uma alimentação por uma empresa terceirizada? Então, como hoje eu tenho o preço de uma alimentação, eu posso negociar com uma terceirizada, saber quanto ela cobraria por uma refeição. Tudo isso são os parâmetros que temos para discutir até uma terceirização de diária.

LC – No caso, o mais importante seria o levantamento de custo por setor. Mais algum?

Eli – Os procedimentos, os custos principalmente dos procedimentos.

LC – Gostaria de agradecer a entrevista e encerrá-la agora.

Eli – Não há o que agradecer.

### Entrevista 3 – 2/10/2003

Entrevistados: Sr. Luís Alves – Analista de Sistemas da WPD (LA)  
Dr. JamesAnthony Falk – Consultor WPD (JF)

Entrevistadora: Sra. Leticia Carvalho (LC)

Esta entrevista visa conhecer o sistema Wcustos e sua vinculação com o SIH e as necessidades de reengenharia de processos na exportação de informações.

LA – Um projeto pode durar quatro meses, seis meses, oito meses. Depende do porte da empresa e da disponibilidade de recursos, tanto recursos tecnológicos como os recursos humanos da empresa; depende da urgência com que o cliente precisa da informação. O sistema visa aumentar o faturamento baseado na conscientização dos custos decorrentes das atividades. Na área de custos, não temos como especificar corretamente, porque ele não como um sistema de administração hospitalar que cuida da parte operacional, ou seja, a empresa depende exclusivamente daquilo ali; se aquilo não funcionar, o hospital não fatura, não atende os pacientes. Nosso sistema de custos é gerencial.

LC –O que vocês encontraram quando chegaram na Unimed?

LA – Eu encontrei motivação. Eles já estavam supermotivados, porque já haviam passado pelo treinamento com Dr. James.

LC – Treinamento em que área?

LA – Na área de custos. Eles já estavam motivados para receber, não encontramos resistência nenhuma. Encontrei lá uma estrutura adequada para implantar o sistema. Eles não tinham uma área específica para custos, criaram, na verdade, quando chegamos. Tinham um sistema de gestão financeira implantado, que é o pirâmide. Por aí se vê a versatilidade do sistema de custos. Eu não vou ter nenhuma parceria com o pirâmide, mas coopero com ele.

LC – Esse pirâmide não é apenas um sistema contábil?

LA –O sistema pirâmide é financeiro, contábil e tem a parte também de material. Teria também a parte de patrimônio, mas só sai no contábil.

LC – Quer dizer que ainda está dessa forma?

LA – Ainda está dessa forma.

LC – Como estavam na Unimed os centros de custos?

LA – Eles não tinham centro de custo. Tinham, na verdade, unidade de negócios, cada unidade, inclusive, era um centro de custo. Um hospital do porte do Hospital II, aquilo ali tudo era um centro de custo. Então, para eles, aquilo ali era uma caixa preta em relação ao custo. Todo o gasto era do hospital. Não era do centro de custo.

LC – Isso facilitava sua implantação? Poderia ficar do mesmo jeito?

LA – Não, não.

LC – O que foi necessário para se fazer a implantação?

LA – Conhecer o hospital, fizemos uma visita. O Dr. Dias, Ademilton e eu fizemos a visita e várias reuniões para desenhar o plano de centros de custo, e o plano de contas também teve de ser revisado; embora fosse utilizado na contabilidade, tivemos de dar um olhada no plano de contas para ver se estava visando aos custos, porque ele, simplesmente, podia estar com uma visão fiscal.

LC – Em que vocês se basearam para criar esses centros de custos?

LA – A WPD tem catorze anos que trabalha com hospitais, então ela conhece bem a área hospitalar. Contamos também com a assessoria do Dr. James, que não tem catorze anos, tem 33 anos na área de saúde, o que facilitou bastante, e a pessoa responsável por custos na Unimed, de modo que ele conhecia todas as unidades da Unimed.

LC – Quem seria a pessoa?

LA – Jean Carlos. Que não só conhecia o hospital como conhecia toda a empresa.

LC – Vocês em conjunto estabeleceram esses centros de custos e implantaram o sistema. O que você sentiu que era a necessidade da Unimed?

LA – A Unimed queria saber se era melhor manter o hospital ou simplesmente terceirizar os serviços, queria saber se aquele hospital dava retorno.

LC – Por meio de que informações vocês iam possibilitar esse julgamento?

LA – Mediante os custos, comparando os custos que ela tem, custos unitários de serviços; comparando com os custos que ela paga aos outros prestadores de serviços; ela vai comparar os custos dela com o valor que paga ao Hospital Português, com o valor que ela paga ao Santa Joana.

LC – Isso é possível?

LA – É. Eles têm a tabela de valores pagos e o custo unitário produzido pelo sistema.

LC – Pelos procedimentos que vocês já padronizaram?

LA – Não. Agora estamos fazendo a parte de procedimentos. Ela está fazendo a informação de diária por enquanto; diária de UTI, diária de internação, serviços de emergência. Sempre escolhemos um centro de custos-piloto para treinar, para capacitar pessoas, para que ele entre no ano nos centros de custos constantes.

LC – Hoje vocês já implantaram quantos procedimentos e em quantos centros de custos?

LA – Letícia, não se consegue fazer num único centro de custo, tem de fazer em todos.

LC – Você seleciona um centro e...

LA – Você falou em procedimentos médicos?

LC – Não. Você disse que seleciona um centro de custos e começa a definir o que seriam os procedimentos. Não é isso?

LA – Os procedimentos médicos.

LC – Padrões de procedimentos?

LA – Sim. Definimos um único centro de custos, hemodinâmico.

LC – Quais foram às necessidades de reengenharia do processo para a exportação das informações?

LA – Primeiro foi adequar a área financeira a ter a visão de responsabilidade de gastos. Então, se aquela despesa foi gerada dentro da empresa, qual o centro de custo responsável por aquele gasto. É como se você fosse ver o ordenador de despesas dentro do mundo público.

LC – Isso, e impõe as responsabilidades do gasto. Por exemplo, tal setor é responsável por tais despesas.

LA – Outras mexidas dentro do hospital e com relação a que serviço um centro de custo presta para outro.

LC – As interligações?

LA – Sim. Por exemplo, a lavanderia presta serviços para diversas unidades: de internação, de emergência, de UTI; presta serviços para quase todos os setores do hospital. Então, se não há nada do custo desse serviço quantificado, não se sabe para quem ele está prestando serviço, nem quanto ele está prestando e quanto ele está sendo eficiente também. Então, o que o sistema de custo vai fazer? Primeiro ele passa a ser como se fosse uma unidade de negócios dentro da empresa, ele vai saber quem são seus clientes e vai dizer ao cliente: ‘eu lavei enes quilos de roupa para aquele X e tantos para Z. Assim, ele vai começar a controlar para quem ele está trabalhando. Esse é um trabalho grande que se tem na empresa. Se não tivermos iniciado logo no início do mês, podemos simplesmente pegar uma semana de estudo e fazer uma projeção para o restante do mês, e no próximo mês, começamos o estudo real. O importante é que se inicie, porque se for esperar que tudo esteja dando certo, nunca vai chegar ao fim.

LC – Vai ter um cliente muito insatisfeito.

LA – Todo processo de software hoje em dia, de software e implantação, tem de mostrar que teve resultados em curto espaço de tempo, porque se começar a dar respostas em longos espaços de tempo, seu projeto está fadado a ter um enorme insucesso. Vamos supor que em um restaurante, você está lá, e o almoço vai demorar 50 minutos para ser servido; o ideal é o garçom servir a entrada, porque se não servir, você vai ficar com muita fome até chegar o prato completo.

LC - E mau-humorado.

LC – Pois é. Outra coisa, pelo que eu tenho visto, muito do custo vai associado ao paciente, mas no seu exemplo, a parte de lavanderia seria chamada de apoio. No geral, esse centro é dividido. Como se faz essa apropriação desse valor? Gera um custo, gasto?

LA – Antes de tudo, a lavanderia tem de ser analisada como um centro de custo, que é gerador de despesas.

LC - Nós estávamos na gestão de serviços peculiares.

LA – Primeiro, é preciso entender que aquele centro de custo é um prestador de serviços, só que tem de conhecer os custos dele para depois calcular a unidade do serviço prestado. Quanto ao custo, mede-se para a lavanderia em quilo. A partir daí, vai-se saber quanto cada área, que tem o paciente como foco, usa esse serviço, porque um paciente, que é internado, todo dia troca de roupa de cama e todo dia é lavada. Então, indiretamente esse valor chega lá por meio da quantidade dos serviços que cada um desses centros de custo solicitou à lavanderia; é o que chamamos de custo indireto.

LC – No caso é...

LA – Mediante critérios e rateios. Essa aí é a palavrinha mágica, ou direcionadores de custo.

LC – Predeterminados esses critérios...

LA – Eles não são predeterminados, eles têm um movimento mensal, que é imputado no sistema, é digitado no sistema, ou importado, dependendo para onde vão as informações.

LC – Não são fixas?

LA – Não são fixas. Algumas são fixas, por exemplo: metros quadrados. Alguns centros de custos direcionam seu custo por metros quadrados...

LC – Como gasto de energia elétrica.

LA – Não é, por exemplo, a manutenção.

LC – A limpeza.

LA – A limpeza, um centro de custo chamado limpeza. Aí ele vai rastrear o centro de custo por metros quadrados. A manutenção nós não recomendamos muito; recomendamos a quantidade de OS, ou horas trabalhadas, o que é mais eficiente. Vai depender muito da organização da empresa, e nós sempre damos a melhor opção. O melhor nem sempre é o aplicável até porque aquele centro de custo pode não ter custo suficiente para justificar investimento de controle.

LC – Você falou sobre o sistema pirâmide, que era o que eles tinham. Hoje vocês exportam dados desse sistema?

LA – Nós fizemos uma interface específica para ele.



LC – Para adequar as informações de que já dispõe. Hoje seriam quantos por cento?

LA – Essa interface é um legado, qualquer empresa pode usar essa interface.

LC – Quantos por cento dos dados que o sistema da WPD com o Wcustos usa do sistema pirâmide.

LA – Aí tem de ver o sistema de custo na totalidade. O centro de custos tem quatro grandes módulos, vamos dizer assim, que seriam: o custo por centro de custo, custo por procedimento, custo por diagnóstico e um módulo gerenciado do resultado. Então, se eu for analisar o módulo gerencial do resultado, os dados do sistema pirâmide vão simbolizar em torno de 5%; se for olhar o custo por centro de custo, os dados do pirâmide vão simbolizar 90%, porque a parte onde é especificada de paciente, a parte médica e tal isso vem justamente do sistema hospitalar, não vem do sistema administrativo, mas o custo do centro de custo é basicamente administrativo, então não se pode dizer 50%, 20%; cada módulo tem sua participação.

LC – Agora que você mencionou os módulos, fale um pouco sobre cada um deles.

LA – O primeiro módulo, o básico, é o SPC. È a base do centro de custo: custo por centro de custo, só que damos um pouco a mais; montamos imposto pelos níveis hierárquicos da instituição, então damos mais dois níveis hierárquicos além do próprio nível da empresa. Temos o nível da divisão organizacional e outro nível de setor organizacional. A divisão organizacional geralmente é associada às unidades de negócios da empresa, e os setores são fruto dos centros de custos que têm uma função específica, ou até de um processo específico. Isso vai depender muito da estrutura da empresa, se ela é por serviços, se ela é por função, se ela é matricial. Nós já encontramos empresas de toda forma.

LC – Alguma orientada a objeto?

LA – Não tem nenhuma orientada a objeto; tenho orientada a paciente.

LC – Depende do ponto de vista.

LA – Tem orientação ao objeto de lucro.

LC – È , principalmente na UTI.

LA – Então vamos checar a informação por custo, pelo centro de custo, e tem como finalidade o custo médio unitário. Utilizando o rateio recíproco, vamos chegar ao custo médio unitário bem próximo do real dos serviços de apoio ou de algum centro de custo que presta um único tipo de serviço, a exemplo da internação. Só vamos poder internar, mas se formos pegar um centro de custo de diagnóstico, pois ele tem uma gama de serviços, ex: hemodinâmica, cateterismo, implantes, marca-passo, então cada serviço desses, com certeza, tem um custo diferente, porque ele utiliza horas de recurso diferente, ele aplica material diferente, ele utiliza mais uma máquina ou deprecia mais uma máquina. Tudo vai depender de mais horas de sala, de usar mais recursos humanos, então cada um desses vai ser internalizado na própria fase do sistema que é o Procedure Base Costing (PBC).

LC – Seria outro módulo?

LA – Nós encaramos como um método de apuração de custos.

LC – De análise?

LA – O sistema foi parametrizado para poder ser possível sua comercialização por esses módulos, a exemplo da Secretaria de Saúde até o custo por procedimento. Não comercializamos a parte de resultados porque ele não tem sistema de administração hospitalar instalado; tem um sistema simples de controle de material hospitalar. Ele não gerencia a parte produtiva de internações, então fica difícil querer oferecer a ele resultados. O PBC vai lhe dar os custos dos serviços prestados, que têm uma diversidade grande. Um exemplo é um centro de custo de diagnóstico. Já estamos prevendo em uma nova versão, não necessariamente nesse tipo. Vamos definir dois indicadores para chegar a custos médios já parametrizados por tempo, por quantidade de recursos utilizados. Se você está interessado em toda a metodologia que usa o PBC, que vai usar custo-padrão, que vai usar cálculo VR, tudo tem lá. O sistema, na verdade, foi feito com base no livro do Dr. James; então o sistema foi feito com experiência de analista e tirado da experiência do Dr. James, e traduziu o ‘jaimês’ para o ‘informatês’.

LC – Pelo que vocês têm acompanhado dos processos da Unimed, você acha hoje que poderiam chegar a uma conclusão do que eles pretendiam no início?

LA – Eles já têm essa conclusão. Na verdade, eles partindo dessa informação, já vão mostrar números do que eles estão falando. Agora, além de dizer a unidade como um todo, vai dar tal resultado. É uma questão estratégica da empresa, ele pode chegar e desativar até alguns serviços, sem nenhum prejuízo, mas ele não pode desativar, por exemplo, o serviço de emergência, que é a porta de entrada para a internação, e a UTI para alguns centros de diagnósticos.

JF – Assim, você tem de considerar que a questão da absorção pode levar aos custos administrativos por absorção, aquilo que apegamos aos pacientes de uma maneira mais lógica; é pegar e dividir, é ver realmente que quem utiliza mais deve ter uma porção maior daquele custo na locação.

LC – Até porque o foco do hospital é justamente o paciente.

LA – Eles só fizeram uma coisa até o momento, que foi tentar baixar o custo para poder negociar com a empresa terceirizada com o menor custo possível. Eles já terceirizaram a lavanderia.

JF – Agora eles podem ver qual é a melhor opção.

LA – Eles estavam, na verdade, querendo não mais gastar energia, não só dinheiro, gastar energia com a administração. Foi levantada, inicialmente, quando começou o bloco de cirurgia de custos, a idéia de fazer uma central de lavanderias. Eles queriam pegar a lavanderia e ganhar dinheiro, porque aquela área lá do Joana Bezerra, o transporte era o mínimo, os prédios que utilizariam já estavam ali. Então tivemos de decidir que nosso negócio não é lavanderia, nosso negócio é consultoria.

JF – Nosso negócio é hospital. Apesar da boa idéia, eles terceirizaram. Na realidade, o que tem de ver direito é a questão dos custos.

LA – Aí tem o custo médio unitário, ver quanto dá um quilo de roupa, ver que o outro vai fazer por tanto, este está um pouco maior, então vamos fazer por menos, mas nós não vamos ter trabalho com isso, mas esquecemos que ainda fica a coleta e a distribuição da roupa. Isso não dá uma perda total, eles têm de pegar aquele valor e distribuir...

JF – O sistema dá condição para se fazer a separação desse serviço. Podiam ter criado um setor de custo chamado roupa limpa e outro de lavanderia. Então a rouparia ficaria somente com a coleta e distribuição, e a lavanderia com a produção. Depois de um tempo que se analisassem esses custos, poderiam dizer, ‘eu vou tirar este cara aqui que só lava e vou terceirizar, agora este que coleta e distribui continua’. Assim, teria utilizado realmente a ferramenta de informação para fazer a análise.

LC –É como você diz, dentro de um contexto de várias preocupações, eles devem postergar algumas...

JF – Na realidade, observando o mercado, muito dos hospitais estão terceirizando a lavanderia, muitos deles, sem estudo de custos, simplesmente se livram da atividade de lavar roupa. Se faltar roupa no hospital, é um caos, então terceiriza e acha que vai resolver esse problema. Não vê a qualidade nem o gasto que vai ter com essa roupa.

LC – Outra coisa, ter um controle de coleta para dizer, realmente eles estão lavando tantos quilos por dia, porque pode existir um erro na pesagem de quilo que vai para a lavanderia, e quando tiver esse controle direitinho, vai-se saber se está havendo perda nisso.

JF – Se tiver um instrumental cirúrgico dentro da roupa suja, tem de fazer essa triagem, porém só terceiriza a lavagem.

LC –Dentro dessa idéia de lavanderia, também existe a idéia de triagem, separação, recolhimento, conferência até para receber ou mandar, e isso tem de ser contabilizado também. Vocês gostariam de acrescentar mais alguma coisa?

JF – Essa primeira questão que estávamos falando de custos diretos; tem quatro grandes áreas: o pessoal, folha de pagamento, o material (prestação que deveria ser o patrimônio que tem todas essas despesas de contrato de serviço e contrato disso e daquilo, que fica na contabilidade). A primeira coisa que temos de fazer é alocar essas despesas por centro de custos; esse seria o primeiro trabalho com os programas, na realidade, que existem preparados para ratear, e já vêm alocados por centro de custo. Nós não pegamos, por exemplo, toda a energia e joga em uma conta a que chamamos de manutenção, para depois ratear. Temos de coletar todas essas despesas já distribuídas, já alocadas por centros de custos, e então dá uma visão ao gerente. É uma das primeiras grandes vantagens do sistema. Podemos ter a idéia dessas despesas, de como elas variam; se o centro de custo é alto, a produção tem de melhorar ou baixar os custos.

LC – Variável, na realidade, é essa questão de compra; na maioria das vezes, quando é variável, tem um horror de produtos que podem ser pesquisados.

LA – Tem um produto com que temos uma parceria aqui em Recife. Fazemos a compra pela internet, porque aumenta a capacidade dos fornecedores, a captação eletrônica pode até funcionar como leilão. Eu quero preço tal e quero ver quem é que chega a este preço. Para fazer isso via telefone ou via fax, é complicado, já pela internet isso é facilitado.

LC – Isso é um novo produto?

LA – É um novo produto que leva a marca WPD, mas ele foi construído pela empresa L200.

LC – A Unimed já dispõe desse produto?

LA – Hoje ela já dispõe disso também.

LC – Desde quando?

LA – Eles estão em implantação desde junho de 2003.

LC – Mas não utilizam ainda?

LA – Totalmente não, porque eles estão também reformulando toda a área de compras; contrataram uma consultoria para rever o processo de compras deles, porque tem vários lugares que fazem solicitação de compras, tem a diretoria, tem vários hospitais, tem os centros de urgência, tem a parte de odontologia, tem a parte de diagnósticos e tem outras unidades.

LC – Bem, gostaria de agradecer a cooperação de vocês e finalizar a entrevista.

\* \* \* \* \*  
- - - - -

## **APÊNDICE C – Lista de participantes e entrevistados**

Ademilton Couto – Analista de Sistemas (WPD)

Carlos Marinho – Diretor Médico (Unimed)

Cláudio Menezes – Gerente Administrativo e Financeiro (Unimed) a partir de abr/2004

Eli Barbosa – Gerente Administrativo e Financeiro (Unimed) até abr/2004

Francisco de Assis Galvão – Superintendente (Unimed)

James Anthony Falk – Ph.D. em Administração, Consultor

Jean Carlo A. Lima – Supervisor de Custos (Unimed)

Luís Alves – Analista de sistemas (WPD)

Samuel Gonçalves Andrade – Gerente Administrativo (Unimed)

## ANEXO A – Tabela de centro de custos

Centro de Custo	C. Custo
Ger. Adm. Financeira	1.08.02
Telefonia	1.08.03
Rouparia	1.08.04
Almoxarifado	1.08.05
CPD	1.08.06
Auditório	1.08.07
Adm. De Pessoal	1.08.08
Tesouraria	1.08.09
Faturamento	1.08.10
Guias/Intercâmbio	1.08.11
Manutenção Patrimonial	1.08.12
Dir. Técnica	1.08.13
Coord. Enfermagem	1.08.14
Auditoria Médica	1.08.15
SPP	1.08.16
Farmácia	1.08.17
SAN	1.08.18
Café Rochdale	1.08.19
CME	1.08.20
CCIH	1.08.21
Eng. Clínica	1.08.22
Serviço Social	1.08.23
Psicologia	1.08.24
Ecocardiograma	1.08.25
Ultrassonografia	1.08.26
Radiologia	1.08.27
Laboratório	1.08.28
Tomografia	1.08.29
Endoscopia	1.08.30
Recepção 1º andar	1.08.31
Bloco cirúrgico 1º andar	1.08.32
Bloco cirúrgico 3º andar	1.08.33
SRPA	1.08.34
Hemodinâmica	1.08.35
UTI Geral	1.08.36
UTI Coronariana	1.08.37
Recepção 2º andar	1.08.39
Internação 4º andar	1.08.40
Internação 5º andar	1.08.41
Internação 6º andar	1.08.42
Recepção Internação	1.08.43
Urgência	1.08.44
Recepção Urgência	1.08.45
Nutrição Clínica	1.08.47

## ANEXO B – Plano de contas Unimed

### Plano de Contas

Conta Contábil	Nome	Data Início Vigência	Tipo de Custo
<b>Plano : 034 - Plano Gerencial de Custos</b>			
<b>Grupo de Contas : 1 - Material Hospitalar</b>			
4101010030-	Fios , Descartáveis e Mat Radiológico (Pirâmide)	01/01/2003	Variavel
5000000002-	Descartáveis Hospitalar	01/01/2003	Variavel
5000000003-	Fios	01/01/2003	Variavel
5101020390-	Ajuste de inventários (MED/DES/FIO/ODN)	01/01/2003	Variavel
5000000004-	Material Odontológico	01/01/2003	Variavel
4101010070-	Vacinas	01/01/2003	Variavel
4101010010-	Medicamentos	01/01/2003	Variavel
4101010020-	Materiais Cirúrgicos	01/01/2003	Variavel
<b>Grupo de Contas : 10 - Despesas do Centro Administrativo</b>			
5100000001-	Despesas do Centro Administrativo por Unidade	01/01/2003	Semi-Fixo
<b>Grupo de Contas : 2 - Material Administrativo e de Hotelaria</b>			
5101020890-	Copa/Cozinha/Alimentos	01/01/2003	Variavel
5101020160-	Material de Expediente	01/01/2003	Variavel
5101020830-	Material de Limpeza	01/01/2003	Variavel
5101020660-	Bens Nat. P/ deduzir c/ a despesa (eletrodomésticos/utensili	01/01/2003	Variavel
5101020030-	Gás (GLP)	01/01/2003	Variavel
5101020810-	Lençóis, Fronhas e Colchões	01/01/2003	Variavel
<b>Grupo de Contas : 3 - Pessoal</b>			
5101010090-	Cursos e Treinamentos	01/01/2003	Fixo
5101020040-	Assin. Livros, Jornais e Revistas	01/09/2003	Variavel
5199999999-	Despesas total de pessoal	01/01/2003	Fixo
5101010070-	Férias	01/01/2003	Fixo
4101030010-	Médicos não cooperados	01/01/2003	Variavel
5101020050-	Condução e Transporte	01/09/2003	Variavel
5101010060-	Horas Extras	01/01/2003	Fixo
5201010040-	Provisão p/ Imposto de Renda	01/09/2003	Variavel
3501010004-	ISS	01/09/2003	Variavel
5101020440-	Pró Labore	01/01/2003	Variavel
5101010130-	Abono Pecuniário	01/01/2003	Variavel
5101010080-	Indenizações Trabalhistas (Aviso Prévio)	01/01/2003	Fixo
5101010140-	Férias Provisionadas	01/01/2003	Fixo
5101010150-	Gratificação	01/01/2003	Variavel
5101010300-	Diária Ajuda de Custo Funcionário	01/01/2003	Fixo
5101010230-	Insalubridade	01/01/2003	Fixo
5101010040-	Adicional Noturno	01/01/2003	Fixo
4101020080-	Serviços Cooperativas	01/09/2003	Variavel
5101010110-	FGTS	01/01/2003	Fixo
5101010100-	Previdência Social (INSS Empresa)	01/01/2003	Variavel
5101050060-	Imposto de Renda	01/09/2003	Variavel
5101010280-	Vale-Transporte	01/01/2003	Fixo
5101010050-	Periculosidade	01/01/2003	Variavel
5101010250-	Contribuição Social - FGTS	01/01/2003	Variavel
5101010020-	13º Salário	01/01/2003	Fixo

## Plano de Contas

Conta Contábil	Nome	Data Início Vigência	Tipo de Custo
5103000001-	Platonistas Cooperado	01/01/2003	Variavel
5101050040-	Contribuição Social	01/09/2003	Variavel
5101020090-	Contribuição Sindical	01/09/2003	Variavel
5101020150-	Lanches/Cafés e Refeições	01/01/2003	Fixo
5101010260-	Seguros a Funcionários	01/01/2003	Variavel
5101010210-	Quinquênio	01/01/2003	Variavel
5101010320-	Benefícios a Funcionários	01/01/2003	Fixo
5101020340-	Diária Ajuda de Custo Diretoria	01/01/2003	Fixo
5101010200-	FGTS Rescisório	01/01/2003	Variavel
5101010270-	Fardamentos	01/01/2003	Variavel
5101010010-	Salário	01/01/2003	Fixo
5101010160-	Abono Salarial	01/01/2003	Variavel
5101010120-	Contribuição PIS	01/01/2003	Variavel
5101020210-	Viagens e Estadas	01/01/2003	Variavel
Grupo de Contas : 4 - Serviços Prestados e/ou Contratados			
5101020560-	Seguro Franquia Hospitalar	01/01/2003	Fixo
5101020850-	Serviço de Vigilância	01/01/2003	Variavel
5101020240-	Seguro Contra Incêndio	01/01/2003	Fixo
5101020300-	Despesas Legais e Jurídicas	01/01/2003	Variavel
5101020640-	Seguro de Equipamentos	01/01/2003	Fixo
5101020630-	Consultoria e Informática	01/01/2003	Fixo
5101020370-	Aluguel de Maq. e Equip. de Terceiros	01/01/2003	Variavel
5101020130-	Fretes e Carretos	01/09/2003	Variavel
5101020450-	Seguro Veiculo	01/01/2003	Fixo
5101050050-	INSS S/ Serv. Terceiros	01/12/2003	Variavel
5101020190-	Fotocópias/Xerox	01/01/2003	Fixo
5101020400-	Prestação de Serv. Pessoa Física	01/01/2003	Fixo
5101040020-	Taxa de Administração de Cartões	01/09/2003	Fixo
5101030010-	Propaganda e Publicidade	01/09/2003	Variavel
5101020730-	Leasing de Veiculos	01/01/2003	Variavel
5101040010-	Juros/Taxas/Comissões Bancárias	01/09/2003	Variavel
5101020480-	Prestação de Serv. Pessoa Jurídica	01/01/2003	Fixo
5101020100-	Custas e Emolumentos	01/01/2003	Fixo
5101030040-	Eventos	01/12/2003	Variavel
5101020470-	Despesa c/ Procurações/Escrituras	01/01/2003	Variavel
5101020670-	Assessoria Sist. Informação	01/01/2003	Fixo
5101020140-	Honorários Médicos (profissionais)	01/01/2003	Variavel
Grupo de Contas : 5 - Serviços de Estruturação e Operacional			
5101040030-	IOF S/ Aplicação Financeira	01/09/2003	Variavel
3501010003-	COFINS	01/09/2003	Variavel
5101050110-	Despesas CPMF	01/09/2003	Variavel
5101020380-	Benef. Imóveis Terceiros	01/01/2003	Fixo
5101020010-	Aluguel (Imóveis)	01/01/2003	Fixo
5201010050-	Contribuição Social s/ Lucro Líquido	01/09/2003	Variavel
3501010005-	Glosas e Abatimentos	01/09/2003	Variavel



- C331a Carvalho, Leticia Araújo de.  
Avaliação de impacto da implantação de sistema de informatização de apuração de custos em hospitais: estudo de caso em hospital no Recife / Leticia Araújo de Carvalho.– Recife, 2005.
- Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.
1. Hospitais – Controle de custos. 2. Hospitais – Administração – Processamento de dados. 3. Informática em hospitais. Título. II. Estudo de caso em hospital no Recife
- CDD 658.9136211  
362.11068