UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONTROLADORIA E CONTABILIDADE

GABRYEL LOPES SOLA

O processo orçamentário e a tomada de decisão dos gestores em um hospital público

ORIENTADOR: PROF. DR. CARLOS ALBERTO GRESPAN BONACIM

RIBEIRÃO PRETO

2014

Prof. Dr. Marco Antonio Zago
Reitor da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Dante Pinheiro Martinelli
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto

Profa. Dra. Maisa de Souza Ribeiro
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Controladoria e Contabilidade

Profa. Dra. Adriana Maria Procópio de Araujo
Chefe do Departamento de Contabilidade

GABRYEL LOPES SOLA

O processo orçamentário e a tomada de decisão dos gestores em um hospital público

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Controladoria e Contabilidade da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências. Versão Corrigida. A original encontra-se disponível na FEA-RP/USP.

ORIENTADOR: PROF. DR. CARLOS ALBERTO
GRESPLAN BONACIM

RIBEIRÃO PRETO

2014

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Sola, Gabryel Lopes

O processo orçamentário e a tomada de decisão dos gestores em um hospital público, 2014.

126 p.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 2014.

Orientador: Carlos Alberto Grespan Bonacim.

1. Processo Orçamentário. 2. Hospital Público. 3. Tomada de Decisão. 4. Administradores. 5. Médicos.

Nome: SOLA, Gabryel Lopes

Título: O processo orçamentário e a tomada de decisão dos gestores em um hospital público

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Controladoria e Contabilidade da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências Contábeis. Versão Corrigida. A original encontra-se disponível na FEA-RP/USP.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

*A Deus que sempre está comigo e
à minha família e noiva que sempre me apoiaram.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela inspiração e pela oportunidade de trilhar esse caminho.

Ao meu orientador que ao longo da vida se tornou um grande amigo e conselheiro, com o qual espero sempre desenvolver projetos.

À minha mãe, pelo apoio, e ao meu pai pelo auxílio, onde quer que esteja. Sei que sempre fizeram o impossível e o possível para que eu sempre seguisse meus estudos.

À minha noiva pelo apoio e compreensão em relação aos fins de semana e feriados que passei em frente ao computador. Mais um degrau conquistado juntos. Agradeço à família da minha noiva com a qual tenho um carinho especial.

A toda a minha família que sempre se entusiasmou, acompanhou e orientou todos os meus passos.

À turma do mestrado que sempre fez o possível para ajudar uns aos outros. O companheirismo e o coleguismo foram pontos marcantes e fundamentais nessa turma.

A todos do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto que disponibilizaram tempo para me ajudar, em especial a Ilza do GAD que teve fundamental importância para o desenvolvimento deste trabalho. Tenho um profundo carinho e respeito por essa instituição.

À banca de qualificação e defesa, que foi exemplo de ética, respeito e atenção ao melhor desenvolvimento do trabalho. Ao orientador Prof. Dr. Carlos Alberto Grespan Bonacim, à Profa Dra. Maria Eulália Lessa do Valle Dallora e ao Prof. Dr. José Carlos Tiomatsu Oyadomari.

À secretaria do departamento de contabilidade e da pós-graduação que sempre nos ajudaram e fizeram o possível para nos atender da melhor maneira possível.

Aos professores pelo conhecimento transmitido.

À faculdade por nos dar a estrutura necessária para a continuidade aos estudos.

Intensifique o próprio esforço.

Sua vida será o que você fizer dela.

(Francisco Cândido Xavier pelo Espírito de André Luiz)

RESUMO

SOLA, Gabryel Lopes. **O processo orçamentário e a tomada de decisão dos gestores em um hospital público.** 2014. 126f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Hospitais são instituições complexas e fundamentais na vida do ser humano. Eles consomem quase a metade das despesas destinadas à saúde no Brasil. Devido à especificidade dessas instituições há a genuína dificuldade em adaptar a atividade médica a controles administrativos. No entanto, é possível encontrar hospitais que utilizam o processo orçamentário como ferramenta de gestão. Esse processo pode ser utilizado para alinhar os objetivos entre os gestores e a organização, para estruturação e alocação de esforços, mensuração de desempenho/*performance* do gestor, atrelando metas a incentivos. Ao deparar-se com um hospital público em que há a presença dessa ferramenta e que conta com ausência de incentivos financeiros para o alcance de metas orçamentárias, com a complexidade da gestão comum a estas instituições, incerteza da tarefa e do embate entre profissionais da área médica e da administração, há o interesse do entendimento de como é a utilização, pelos gestores clínicos, do processo orçamentário para a tomada de decisão. Portanto, este trabalho aplicou um estudo de caso, utilizando entrevistas semiestruturadas, no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto para esse entendimento. Os resultados demonstram que a interação dos gestores com o orçamento se dá predominantemente via planejamento de materiais e incorporação de novas tecnologias. Os instrumentos de gestão utilizados auxiliam nesse planejamento e acompanhamento das atividades que impactam em consumo de recursos. Também foi demonstrado que há a percepção, pelos gestores, de conflitos entre as lógicas administrativa e médica.

Palavras-chave: processo orçamentário, hospital público, tomada de decisão, administradores, médicos.

ABSTRACT

SOLA, Gabryel Lopes. **The budgeting and the decision making process of managers in a public hospital.** 2014. 126f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Hospitals are complex institutions and fundamental in human life. They consume almost half of the spending on health in Brazil. Because of the specificity of these institutions there is genuine difficulty in adapting to the medical activity management controls. However, it is possible to find hospitals that use the budget process as a management tool. This process can be used to align the goals of managers and the organization for structuring and allocation of effort, performance measurement manager tying goals to incentives. When faced with a public hospital where there is the presence of this tool and it has no financial incentives for achieving budget targets, the complexity of the joint management of these institutions, job uncertainty and the clash between medical professionals and administration, there is interest in understanding how to use the clinical management of the budgeting process for decision making. This study applied a case study using semi-structured interviews, the University Hospital of Ribeirão Preto to this understanding. The results demonstrate that the interaction of managers with budget occurs predominantly through materials planning and incorporation of new technologies. Management tools used to assist in planning the mapping of activities that impact on resource consumption. It was also shown that there is a perception by managers of conflict between administrative and medical logic.

Keywords: budgeting process, public hospital, decision making, administrators, doctors

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Fontes de recursos do HCRP	22
Tabela 2 - Crescimento dos recursos e índice de custos	23
Tabela 3 - Despesas com ações e serviços públicos de saúde	31
Tabela 4 - Resumo dos principais programas de mensuração de desempenho/ <i>performance</i> ..	65
Tabela 5 - Relação prévia (teórica) dos instrumentos com a tomada de decisão e com o processo orçamentário.....	71
Tabela 6 - Características gerais dos gestores (em anos)	74
Tabela 7 - Resumo da percepção do gestor frente ao processo orçamentário da instituição ...	76
Tabela 8 - Critérios de tomada de decisão apontados pelos gestores	82
Tabela 9 - Percepção dos gestores em relação aos programas de avaliação de desempenho/ <i>performance</i>	89
Tabela 10 - Lista de gestores previstos de serem entrevistados.	118

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Motivação do trabalho	24
Figura 2 - Legislação básica do SUS	30
Figura 3 - Quadrantes de fontes de recursos e maturidade de utilização do processo orçamentário	37
Figura 4 - Estrutura dos processos realizados na presente pesquisa.....	56
Figura 5 - Utilização do orçamento para tomada de decisão	80
Figura 6 - Relação da formação dos gestores com os temas Tratamento do Paciente e Gastos	85
Figura 7 - Relação da formação com a utilização dos instrumentos para alocação de recursos	91

LISTA DE SIGLAS

AIH - Autorização de Internação Hospitalar
AT - Assessoria Técnica
CAT - Comitê de Avaliação de Tecnologia
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CQH - Compromisso com a Qualidade Hospitalar
COFINS - Contribuição do Financiamento da Seguridade Social
CPAC - Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos
CPMF - Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
CSLL - Contribuição sobre o Lucro Líquido
DRS - Diretoria Regional de Saúde
EC - Emenda Constitucional
FAEPA - Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência
FINEP - Financiamento de Estudos de Projetos e Programas
FMRP - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
GAD - Grupo de Avaliação de Desempenho
GECON - Grupo Executivo de Convênios
HCRP - Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto
IESS - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor
IPMF - Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA - Lei Orçamentária Anual
NATS - Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde
PAI-PAD - Programa de Ações Interessadas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas
PGV - Programa de Gestão a Vista
PIB - Produto Interno Bruto
PMI - Plano de Metas Institucional
PPA - Plano Plurianual
SAHE - Sistema de Avaliação de Hospitais Ensino
SES - Secretaria de Estado de Saúde
SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

SUS - Sistema Único de Saúde

TA - Termos Aditivos

VCMH - Variação dos Custos Médico-Hospitalares

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
2.1 O Sistema Único de Saúde.....	27
2.1.1 Recursos para a Saúde	28
2.1.2 O Impacto do Modelo de Gestão do SUS no Processo Orçamentário dos Hospitais Públicos Conveniados	31
2.2 Ferramenta Orçamentária.....	33
2.2.1 A Ferramenta Orçamentária e a Economia de Custos de Transação	39
2.3 Orçamento sob a Ótica das Escolhas Intertemporais: os dilemas dos gestores	40
2.4 Planejamento no Setor Hospitalar	42
3 METODOLOGIA DA PESQUISA	47
3.1 Estratégia de Pesquisa Adotada.....	47
3.2 Procedimentos Utilizados para Desenvolvimento do Estudo de Caso	48
3.2.1 Entrevistas com Pessoas-Chave	48
3.2.2 Procedimentos para Escolha dos Entrevistados	49
3.2.3 Desenvolvimento do Instrumento de Coleta de Dados.....	50
3.3 Análises Realizadas	52
3.4 Tentativas de Minimização de Ameaças	53
3.5 Estruturação Gráfica dos Procedimentos da Pesquisa	55
4 CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO (HCRP)	57
4.1 A Unidade de Análise	57
4.2 Fontes de Recursos e Processo Orçamentário.....	58
4.3 Instrumentos de Mensuração de Desempenho/ <i>Performance</i>	64
4.3.1 Plano de Metas Institucional - PMI	66
4.3.2 Programa de Gestão a Vista - PGV	67
4.3.3 Compromisso com a Qualidade Hospitalar – CQH.....	68
4.3.4 Sistema de Avaliação de Hospitais Ensino – SAHE	70
5 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS	73
5.1 Características dos Gestores.....	73
5.2 Processo Orçamentário e o Gestor Clínico	74
5.2.1 Percepção e Participação no Processo Orçamentário	75
5.2.2 Critérios para Tomada de Decisão.....	81

5.3 Programas de Mensuração de Desempenho/ <i>Performance</i> e o Gestor Clínico	87
5.4 Percepção de Conflitos entre as Lógicas Administrativa e Médica	92
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS	105
APÊNDICE A – Protocolo de Pesquisa.....	113
APÊNDICE B – Protocolo no Comitê de Ética em Pesquisa	120
APÊNDICE C – Pareceres do Comitê de Ética em Pesquisa.....	121
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	125

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa aplicou um estudo de caso, tendo como unidade de análise o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, para observar como o gestor clínico¹ utiliza o processo orçamentário dessa instituição para tomada decisão, considerando a possível presença de conflitos entre gestão e atividade médica, e as particularidades de um hospital público.

Esses hospitais têm sido observados pela literatura como instituições complexas que lidam com a vida do ser humano (GLOUBERMAN; MINTZBERG, 1996, p. 57). No entanto, qual é o valor limite gasto para salvar uma vida? Essa decisão está diante dos gestores dos hospitais, os quais trabalham com orçamentos em que recursos são escassos.

Essa complexidade se dá pela dificuldade de medir a qualidade do serviço prestado devido à sua intangibilidade, aos métodos orçamentários não espelharem essa qualidade, à dificuldade em estabelecer procedimentos para uma tarefa incerta, tendo que confiar na cultura da instituição, na produção e no consumo do serviço, com ocorrência simultânea e aparente dissociação entre área médica e área administrativa (PETTERSEN, 1995, p. 209; PETTERSEN; NYLAND, 2006, p. 135).

Os hospitais são de fundamental importância na vida do ser humano, pois eles estão presentes desde o nascimento do indivíduo, passando por atividades de prevenção (como as campanhas de vacinação) e pela cura/tratamento das doenças que afetam a saúde humana (MIRANDA *et al.*, 2007, p. 42).

Tais organizações consomem quase a metade das despesas destinadas ao setor da saúde (ROTTA, 2004, p. 12), no entanto, não é possível estabelecer um padrão de financiamento destes hospitais, uma vez que são financiados por diversas fontes de receitas, diversos convênios e contratos com o Sistema Único de Saúde (SUS), receitas financeiras, entre outros (BITTAR; MAGALHÃES, 2010, p. 206).

Os hospitais conveniados com o SUS são remunerados considerando uma tabela de pagamento pré-estabelecida, no entanto, há evidências que mostram que esses

¹ O termo gestor é entendido, neste trabalho, como o agente que coordena o trabalho de outros para atingir a objetivos organizacionais (ROBBINS; COULTER, 2012, p. 5). O termo gestor clínico é utilizado neste trabalho para definir os responsáveis por unidades envolvidas com a atividade fim do hospital, sendo, portanto, uma associação com a função exercida e não com a formação. Este termo foi adaptado de Nyland e Pettersen (2004) que associa o departamento clínico à presença do tratamento de pacientes.

valores são menores que o custo real dos procedimentos (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009, p.12). Sendo assim, a complexidade somada a fontes de recursos que podem não cobrir o gasto efetivo dos procedimentos faz com que a gestão desses hospitais se torne um desafio, uma vez que, teoricamente, exige elevada eficiência quanto à gestão dos recursos (BONACIM; ARAUJO, 2010, p. 904).

Ao considerar as atividades de ensino e pesquisa característicos de um hospital universitário, é possível que haja um complemento na complexidade hospitalar.

Os hospitais universitários são considerados financeiramente debilitados, por serem mais dispendiosos, devido à adição dessas duas atividades, pelo atendimento de alta complexidade e por serem referenciados em tecnologia de ponta (COSTA; SILVA; TIBÉRIO, 2003, p. 3; DALLORA; FORSTER, 2008, p. 137). Essa debilitação deveria fazer com que houvesse um aumento de recursos da iniciativa privada, no entanto, o elevado custo inibe essa iniciativa. Portanto, a tendência é que esse tipo de atividade continue sendo custeada pelo poder público, de forma gratuita para a maioria dos serviços (MÉDICI, 2001, p. 154).

Outra saída seria a adoção de ferramentas de gestão, porém, a gestão em saúde enfrenta as dificuldades em utilizar os modelos de gestão aplicados à indústria devido à sua especificidade, ao aspecto intangível da prestação de serviços, à simultaneidade de prestação e de consumo do serviço pelo paciente (cliente) e na dificuldade da padronização de procedimentos que aumenta quanto maior for a característica intangível do serviço prestado (DAL POZ; PIERANTONI; VARELLA, 1997, p. 3; ROTTA, 2004, p. 14; FADEL; FILHO, 2009, p. 10).

Ressalta-se que a os custos hospitalares são de difícil padronização e, com isso, a atividade de análise das variações dos custos e de seu efeito orçamentário podem ser consideradas complexas.

É possível encontrar hospitais públicos gerenciados por meio de orçamentos, por exemplo, para recebimento de recursos do Estado e/ou convênios com o SUS. Orçamento refere-se a um plano que a organização usa para obter e consumir recursos financeiros e não financeiros durante um período de tempo (LU, 2011, p. 6.262). O orçamento pode ser usado como um mecanismo de gestão, como forma de autorização a gestores para que gastem determinada quantidade de recursos, como forma de planejamento e controle, como uma ferramenta para influenciar o comportamento do gestor e motivar financeiramente suas práticas de tomada de decisão, como forma de

julgamento do desempenho do gestor e cálculo de remuneração (MACINATI, 2010, p. 425).

É possível, portanto, atrelar ao orçamento os incentivos do gestor, como recompensas monetárias para cumprimento de determinadas metas orçamentárias, e isso pode fazer com que os gestores direcionem sua atenção e recursos para melhorar os seus indicadores (KELLY, 2007, p. 525).

A melhoria destes indicadores poderia significar a otimização da utilização dos recursos, podendo, assim, liberar recursos para investimento em outras áreas, ou aumentar o número de atendimento com os mesmos recursos. No entanto, em hospitais públicos não é comum encontrar esse tipo de recompensa monetária alinhada à meta orçamentária.

A ferramenta orçamentária pode fazer parte do sistema de controle de gestão² (OTLEY; BERRY, 1980, p. 233). Além disso, ele pode ter um papel central nos sistemas de controle e também servir de base para a elaboração, ou utilização, dos demais sistemas que a organização utilize (BUNCE; FRASER; WOODCOCK, 1995, p. 256; MALMI; BROWN, 2008, p. 293).

Essa ferramenta é citada, também, como uma forma de reduzir custos de transação, pois facilita o acompanhamento de projetos (TAVAKOLI; SMITH, 2013, p. 63). Ela tem a capacidade de motivar o gestor a alocar esforços para atingir as metas determinadas, desde que os benefícios percebidos por ele superem os custos do gestor ao alcançar as metas do orçamento (MACHO-STADLER; PÉREZ-CASTRILLO, 2001, p. 42). Também pode ser utilizado como ferramenta de coordenação das prioridades estratégicas da organização (ABERNETHY; BROWNELL, 1999, p. 191).

Destaca-se que, além das medidas financeiras, a organização pode utilizar medidas não financeiras³ para suprir as possíveis deficiências que a medida financeira apresente (MALMI; BROWN, 2008, p. 293). A utilização de diversos sistemas de controle de gestão pode ser caracterizada como um pacote (MALMI; BROWN, 2008, p. 287) capaz de alinhar os objetivos dos atores envolvidos com os objetivos da organização.

² Tradução livre do termo *Management Control Systems* (MCS), que é entendido como um mecanismo que tenta auxiliar no alinhamento dos objetivos dos *stakeholders* com os objetivos dos gestores (MERCHANT; OTLEY, 2007, p. 785). *Stakeholders* é qualquer grupo ou indivíduo que pode afetar ou ser afetado pela realização dos objetivos da organização (LYRA; GOMES; JACOVINE, 2009, p. 41).

³ O termo “Medidas não financeiras” é utilizado, neste trabalho, como uma medida quantitativa não expressa em valor monetário (CALLADO; CALLADO; ANDRADE, 2008, p. 5).

Ainda na gestão hospitalar, há evidências da caracterização da separação entre as atividades de gestão e atividades médicas (LAPSLEY, 2001, p. 83). Por um lado, há a discussão referente à liberdade médica, em que ficaria a cargo do próprio médico a decisão da alocação de recursos e, por outro lado, a escassez de recursos, na qual um procedimento deveria ser incorporado para os demais pacientes que ainda não apresentam tal enfermidade (PRESTON; COOPER; COOMBS, 1992, p. 572).

Esses profissionais cumprem os requisitos determinados por sua profissão, e sua tomada de decisão pode nem sempre levar em conta a avaliação de eficiência, pois os seus procedimentos de monitoramento e avaliação da prática médica são centrados no paciente (MACINATI, 2010, p. 426). O médico fica exposto ao dilema entre a amenização dos sintomas que podem trazer sofrimento ao paciente (PITTA, 1994, p. 73) e a provável limitação de recursos que o setor em que ele atua possui, sendo assim, há possibilidade de deixar a preocupação orçamentária em segundo plano em detrimento da possibilidade de salvar a vida do paciente.

É possível encontrar em um hospital duas lógicas: a lógica administrativa guiada pela *consequentiality*,⁴ com a orientação voltada para aspectos econômicos; e por outro lado, a área médica orientada pela *appropriateness*,⁵ ou seja, pela adequação e experiências profissionais (MARCH; OLSEN, 1989, p. 139; PETTERSEN, 1999, p. 381). Nyland e Pettersen (2004, p. 96) aplicaram um estudo de caso baseado neste conflito de lógicas e observaram que em várias situações os gestores dos departamentos clínicos, ou gestores clínicos, são os mediadores entre estas duas orientações, a decisão clínica e a racionalidade econômica.

As pressões orçamentárias, com o objetivo de nortear a prática médica (*appropriateness*) para que o médico não renuncie à eficiência, seriam transmitidas pela hierarquia (*consequentiality*), acompanhada de sanções caso haja o descumprimento, como um possível meio de forçá-los a priorizar ou repensar suas prioridades entre a saúde e a rentabilidade da organização (GEORGESCU; NARO, 2012, p. 87).

Observa-se, portanto, que os gestores clínicos intermediariam esse conflito entre o médico, orientado culturalmente a salvar vidas, e a área administrativa, voltada à eficiência e rentabilidade da organização.

⁴*Consequentiality* representa uma orientação predominantemente econômica guiada por consequências, e que são expressadas por orçamentos formais, planos ou critérios contábeis (NYLAND; PETTERSEN, 2004, p. 83).

⁵*Appropriateness* representa a lógica da adequação das atitudes à necessidade em vez da preferência (NYLAND; PETTERSEN, 2004, p. 83).

Além desses conflitos, há a genuína dificuldade em adaptar a atividade médica a controles administrativos, devido à imprecisão na relação de *inputs* e *outputs* dessa atividade (COOMBS, 1987, p. 392; PETTERSEN; NYLAND, 2006, p. 134).

Acrescenta-se a esses conflitos a influência das escolhas intertemporais do gestor, pois ele pode abrir mão de usufruir benefícios no presente para aumentar seus benefícios futuros, ou usufruir dos benefícios presentes e diminuir os benefícios futuros (LIEBERMANN; UNGAR, 2002, p. 730).

Sendo assim, o gestor se depara com este *tradeoff* na decisão de alocar recursos nas atividades hospitalares. Considerando um hospital de ensino, a decisão em alocar recursos também passa pelas alternativas da assistência, do ensino e da pesquisa.

Alinhando a especificidade da fonte de recursos de cada hospital público, como apontado por Bittar e Magalhães (2010), com o processo orçamentário utilizado, somado a isso os desafios da gestão, e suas escolhas, que se depara com o bem estar da vida humana e com a finitude da vida, e considerando, também, as particularidades do sistema de remuneração de um hospital público, este trabalho empregou um estudo de caso ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (doravante HCRP), utilizando entrevistas semiestruturadas, e verificou como é utilizado o processo orçamentário para tomada de decisão dos gestores clínicos, intermediários desse conflito entre as lógicas administrativa e médica.

O HCRP é um hospital público universitário de alta complexidade e de referência terciária para o nordeste do estado de São Paulo. Nos últimos cinco anos o HCRP foi financiado com os recursos conforme descritos na Tabela 1.

A escolha desse hospital se deu por conveniência e se justifica por ser considerado um complexo institucional, devido a suas complexidades orçamentárias, com a presença de diversas fontes de recursos para atender o consumo de atividades heterogêneas (conforme descrito no capítulo três deste trabalho). Além disso, essa instituição possui uma equipe de trabalho de 5.773⁶ servidores e oferece assistência à saúde de nível terciário para a macro região de Ribeirão Preto⁷ composta por, aproximadamente, quatro milhões de pessoas, além de atender pacientes referenciados de outros Estados (HCRP, 2014).

⁶ Considerando HCRP e a Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência (FAEPA).

⁷ Macro região de Ribeirão Preto abrange os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto.

Tabela 1 - Fontes de recursos do HCRP

	2009		2010		2011		2012		2013	
Fontes	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Tesouro do Estado	239.566.273 ¹	60,5%	251.488.540 ²	62,5%	279.545.959 ³	62,1%	319.183.870 ⁴	64,3%	414.694.765 ⁵	69,9%
Recurso Federal (FINEP - RNM)	724.710	0,2%	-	0,0%	873.423	0,2%	187.728	0,0%	414.223	0,1%
Faturamento SUS	119.757.367 ¹	30,2%	126.700.000 ²	31,5%	141.625.532 ³	31,5%	142.058.645 ⁴	28,6%	148.367.978 ⁵	25,0%
SES - Termo Aditivo	21.502.804	5,4%	7.900.000	2,0%	9.000.000	2,0%	9.903.814	2,0%	2.545.200	0,4%
FAEPA - Clínica Civil/Convênios	14.373.469	3,6%	16.500.000	4,1%	19.000.000	4,2%	24.699.003	5,0%	27.608.373	4,7%
Total	395.924.623	100,0%	402.588.540	100,0%	450.044.914	100,0%	496.033.060	100,0%	593.630.539	100,0%

Fonte: HCRP (2014)

(1) Da receita total do SUS de R\$ 119.757.367,00, foi retido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES para o Programa de Prêmio Incentivo dos servidores do HCRP o montante de R\$ 49.634.998,00 que foram incorporados do Orçamento do HCFMRP-USP.

(2) Da receita total do SUS de R\$ 126.700,00, foi retido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES para o Programa de Prêmio Incentivo dos Servidores do HCRP o montante de R\$ 52.893.400,00 que foram incorporados do Orçamento do HCFMRP-USP.

(3) Da receita total do SUS de R\$ 141.625.532,00, foi retido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES para o Programa de Prêmio Incentivo dos Servidores do HCRP o montante de R\$ 54.701.813,00 que foram incorporados do Orçamento do HCFMRP-USP.

(4) Da receita total do SUS de R\$ 142.058.645,00, foi retido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES para o Programa de Prêmio Incentivo dos Servidores do HCRP o montante de R\$ 56.172.215,00 que foram incorporados do Orçamento do HCFMRP-USP.

(5) Da receita total do SUS de R\$ 148.367.978,00, foi retido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES para o Programa de Prêmio Incentivo dos Servidores do HCRP o montante de R\$ 48.636.034,00 que foram incorporados do Orçamento do HCFMRP-USP.

Cada fonte de recursos, da Tabela 1, tem suas especificações, e elas serão detalhadas no item quatro deste trabalho. A explicação foi obtida por meio de entrevistas com pessoas-chave da gestão da instituição. Os impedimentos quanto à obtenção desses dados estão minimizados devido à concordância, da alta gestão, quanto à realização deste projeto e pela aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, cujo parecer está apresentado no Apêndice B, no qual está detalhada na metodologia.

Ao analisar o percentual do crescimento do total de recursos utilizados por essa instituição comparada ao Índice Nacional de Preços ao Consumidor (IPCA) e com o índice de Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH), que é divulgado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), é possível perceber que na maioria dos períodos a instituição supera o IPCA, e que somente em 2013 o crescimento superou o VCMH. No entanto, foi observado que o crescimento do HCRP foi em sua maioria devido a investimentos para modernização da instituição, não impactando em materiais de consumo. Portanto, percebe-se que, alinhada à complexidade da gestão, comum a hospitais, ainda há a problemática de que os recursos podem não acompanhar o crescimento dos custos do setor. Essa comparação está demonstrada na Tabela 2.

Tabela 2 - Crescimento dos recursos e índice de custos

Índices	2010	2011	2012	2013
Crescimento HC	1,7%	11,8%	10,2%	19,7%
VCMH	7,6%	12,9%	15,4%	16,0%
IPCA	5,9%	6,5%	5,8%	5,9%

Fonte: Crescimento HC – elaborado pelo autor utilizando os dados do HCRP (2014);
VCMH – IESS; IPCA – Portal Brasil

A instituição escolhida para este trabalho utiliza dois instrumentos de mensuração de desempenho:⁸ o plano de metas institucional (PMI) e o programa de gestão a vista (PGV); e dois instrumentos de mensuração de *performance*:⁹ o sistema de avaliação de hospitais ensino (SAHE) e o programa de compromisso com a qualidade hospitalar (CQH). Tanto os instrumentos de desempenho quanto os de *performance* utilizam medidas financeiras e não financeiras.

Esses instrumentos também estão detalhados no item quatro deste trabalho, e foram alvos de verificações sobre sua inter-relação tanto com os gestores clínicos

⁸ Instrumento de mensuração de desempenho será considerado, neste trabalho, como comparação, ou mensuração, de indicadores para fins internos.

⁹ Instrumento de mensuração de *performance* será considerado, neste trabalho, como a utilização dos indicadores em comparação com os de outras entidades.

quanto com o processo orçamentário da instituição. No entanto, ressalta-se que não foi observada a vinculação dessas medidas a benefícios pecuniários aos gestores, de forma geral.

Este estudo terá seu foco voltado para gestores clínicos que, conforme apontado pela literatura, teriam tensões entre o cumprimento de metas orçamentárias e o atendimento das necessidades do corpo clínico da instituição.

O objetivo geral da pesquisa é verificar como o processo orçamentário da instituição é utilizado para tomada de decisão dos gestores clínicos.

Portanto, a pergunta de pesquisa que guiará a elaboração deste trabalho é: como o processo orçamentário do HCRP é utilizado para tomada de decisão de seus gestores clínicos? Sendo assim, este trabalho não tratará sobre a relação entre HCRP e o Estado¹⁰ na elaboração do orçamento, e sim sobre o entendimento da relação interna entre o orçamento e os gestores clínicos. O resumo da motivação do trabalho está descrito na Figura 1.

Figura 1 - Motivação do trabalho

Fonte: Elaborado pelo autor.

¹⁰ O Estado é representado pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. O HCRP está integrado ao Sistema Único de Saúde desde 1988 (HCRP, 2014).

Os objetivos específicos deste trabalho são:

1. Observar a participação dos gestores clínicos na elaboração do orçamento;
2. Descrever o uso de indicadores de desempenho e/ou de *performance* utilizados pela instituição, a percepção do gestor clínico sobre eles e sua relação com o orçamento;
3. Observar quais são as variáveis do processo orçamentário que estão presentes na tomada de decisão do gestor clínico.

O primeiro objetivo específico tem a função de identificar qual é a efetiva participação dos gestores clínicos no processo orçamentário da instituição, tanto na elaboração do orçamento quanto no acompanhamento, após a realização deste processo.

Os objetivos 2 e 3 se relacionam com a utilização do processo orçamentário para tomada de decisão do gestor clínico. O objetivo 2 mostrará como é a utilização dos instrumentos de mensuração de desempenho e de *performance* nesse processo de tomada de decisão e se eles são utilizados em conjunto com o processo orçamentário da instituição. E, por fim, o objetivo 3 é mostrar quais são as variáveis (e se elas existem) que o gestor clínico utiliza em sua tomada de decisão e que estão presentes no processo orçamentário.

Espera-se observar a existência de conflito entre a lógica administrativa e a médica, conforme apontado pela literatura.

Espera-se, também, com este trabalho, obter como resposta o levantamento das variáveis consideradas no processo de tomada de decisão do gestor clínico e quais são passíveis de serem encontradas no processo orçamentário. A teoria aponta que a utilização da ferramenta orçamentária possibilita, entre outras ações: a estruturação da alocação de esforços e dos recursos escassos; a redução de custos de transação; a avaliação de desempenho do gestor; e o alinhamento dos objetivos do gestor com os da organização.

Com essas variáveis, objetiva-se contribuir com pesquisas por meio da sistematização de instrumento de coleta de dados para investigar os Hospitais Públicos que possuem certa similaridade ao hospital estudado.

Por fim, essa pesquisa tem o objetivo de contribuir com trabalhos na linha de pesquisa de gestão em saúde, tais como Macinati (2010), Bernardes *et al.* (2007), Cunha (2011), Sediya (2013), Gabriel *et al.* (2013). Esses trabalhos contribuem com o tema deste trabalho, embora, não abordem a associação entre o processo orçamentário e a

tomada de decisão dos gestores em um hospital público brasileiro, como este trabalho propõe.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo tem como objetivo dar um panorama da criação e função do Sistema Único de Saúde, demonstrando a origem e aplicação dos recursos em saúde e fundamentar a importância do uso do processo orçamentário na atividade de gestão como forma de avaliar desempenho do gestor. Além disso, é demonstrada, por meio de pesquisas, a relação das atividades de gestão administrativa com a atividade médica, e seus conflitos. Será mostrado, também, o orçamento sob a ótica dos custos de transação e sob a ótica das escolhas intertemporais.

2.1 O Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal de 1988, ou “Constituição Cidadã”, foi considerada de fundamental importância em redefinir as prioridades do Estado na área da saúde. Para se ter saúde também é preciso fornecer acesso a diversos fatores, como lazer, alimentação, moradia, educação, emprego. A saúde, a partir da Constituição, é direito de todos, e o Estado tem o dever de promover políticas com o objetivo de reduzir os riscos de doenças e garantir o acesso universal e igualitário à saúde (BRASIL, 1988, art. 196).

A Lei nº 8.080/1990, ou Lei Orgânica da Saúde, regulou as ações em saúde e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), que engloba o conjunto de ações e serviços de saúde prestados tanto pelos órgãos e instituições públicas federais, bem como estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Ressalta-se que, ainda de acordo com a Lei acima, a iniciativa privada poderá participar do SUS de forma complementar.

O SUS tem como objetivo, entre outros, o de formular políticas públicas para garantir o acesso universal e igualitário, como determina a Constituição. Essa Lei ainda define o que cabe a cada esfera de governo. À direção nacional do SUS caberá prestar “cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional” (BRASIL, 1990, art. 16).

O estabelecimento do princípio da universalidade da saúde garante que todos os cidadãos brasileiros tenham direito à saúde, e isso jamais poderá ser restringido. O SUS, nesse sentido, deve, portanto, oferecer um conjunto de serviços que sejam socialmente

necessários, e que sejam baseados em diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos (CONASS, 2011a, p. 113).

Também é objetivo da instituição citada promover a “descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal”. O SUS tem a competência de promover a descentralização dos serviços de saúde para os Municípios, prestar apoio técnico e financeiro e, também, compete a ele planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde. Esses tópicos serão tratados nos próximos itens.

2.1.1 Recursos para a Saúde

No que tange a recursos para a saúde, a Constituição Federal criou, em seu artigo 194, a Seguridade Social que “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, a previdência e à assistência social”. Essa Constituição estabelece que os recursos destinados ao financiamento da Seguridade Social serão provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de contribuições sociais.

Conforme descrito no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (1988, art. 55), para o Governo Federal era previsto que no mínimo 30% do orçamento da seguridade social, excluindo o seguro-desemprego, seriam destinados ao setor da saúde, até que fosse aprovada a Lei das Diretrizes Orçamentárias. Apesar desse percentual fixado, em 1990 e 1991 ele não foi cumprido, e só foi possível cumpri-lo em 1992, devido à inclusão, no âmbito da saúde, de gastos com saúde escolar, merenda escolar, assistência médica e odontológica de servidores públicos, gastos com saneamento básico, apoio nutricional, hospitais universitários, entre outros (VIANNA, 1992, p. 51). Em 1993, apesar da previsão de recursos para a saúde, nada foi repassado devido à alegação de problemas de caixa na Previdência (PIOLA *et al.*, 2012, p. 13).

A Constituição Federal também definiu que parte das receitas dos Estados e Municípios teria que ser destinada à saúde, no entanto, sem definir um percentual mínimo de aplicação. Sendo assim, percebeu-se que nos primeiros anos após a

Constituição houve uma predominância de recursos da União, em relação à aplicação de recursos na saúde de Estados e Municípios (BARROS; PIOLA; VIANNA, 1996, p. 64).

Na tentativa de vinculação de fontes tributárias, em 1994, foi feita a proposta de criação do Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF), que em 1996 passou a ser chamada de Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) (FRANÇA; COSTA, 2011, p. 242).

No artigo 18 da Lei que regula essa contribuição, a Lei nº 9.311 de 1996, está afirmado que a “arrecadação desta será destinada integralmente ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento das ações e serviços de saúde”, sua arrecadação foi assegurada até 2007. A criação dessa fonte de receita para a saúde foi motivada pela situação emergencial em que se encontrava, na qual recorreu também para empréstimos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) (PIOLA *et al.*, 2012, p. 13).

A CPMF foi se tornando uma das principais fontes de financiamento da saúde, chegando a representar 30% do total de repasses. Isso causou preocupação aos gestores devido ao caráter provisório dessa contribuição (FRANÇA; COSTA, 2011, p. 249; PIOLA *et al.*, 2012, p. 13).

Sob essa preocupação, foram apresentadas propostas, entre elas, a do Deputado José Pinotti que tentava vincular 5% do Produto Interno Bruto à saúde; a do Deputado Carlos Mosconi que defendeu a vinculação à saúde de toda a Contribuição do Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e da Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) (MARQUES, 1999, p. 46). Entre as diversas propostas apresentadas é possível observar que, em comum, elas tinham a tentativa de vinculação de percentuais da arrecadação para serem destinados à saúde.

A proposta encaminhada pelo Deputado Eduardo Jorge em 1993 teve como designação “PEC 169”. Essa proposta sofreu alterações e aglutinações e em 2000 foi aprovada com o nome de Emenda Constitucional 29 (EC 29) (MARQUES, 1999, p. 45; PIOLA *et al.*, 2012, p. 14).

A Figura 2 apresenta um resumo da legislação que regula a destinação de recursos para a saúde. Algumas Leis (9.836/1999, 10.424/2005, 11.108/2005) acrescentam capítulos ou artigos à Lei nº 8.080/1990.

Figura 2 - Legislação básica do SUS

Fonte: Adaptado de Portal da Saúde SUS.

Para a União, foi definido que os recursos mínimos a serem aplicados em saúde seriam equivalentes, em 2000, ao montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde do exercício anterior acrescido de 5%. De 2001 a 2004, seria considerado o valor do ano anterior corrigido pela variação do Produto Interno Bruto (PIB) e, a partir de 2005, seria mantido o mesmo critério do ano anterior. Para os Estados e o Distrito Federal o montante mínimo aplicado na saúde é de 12% da arrecadação de impostos (considerando artigos 155, 157 e 159 da Constituição Federal). Para os Municípios, o mínimo de recursos destinados à saúde deverá ser de 15% da arrecadação (considerando artigos 156, 158 e 159 da Constituição Federal).

A partir da vigência da EC 29 foi observado um decréscimo da participação da União no financiamento à saúde e o respectivo aumento da participação dos Estados e Municípios, o que possibilitou um aumento dos recursos públicos para a saúde, se comparado os anos de 2000 e 2010 (PIOLA *et al.*, 2012, p.15). O aumento da proporção da participação dos estados e municípios em relação ao governo federal pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3 - Despesas com ações e serviços públicos de saúde

Ano	Federal		Estadual		Municipal		TOTAL
	R\$ bilhão	% do total	R\$ bilhão	% do total	R\$ bilhão	% do total	R\$ bilhão
2000	20,35	58%	7,07	20%	7,37	21%	34,79
2001	22,47	55%	9,42	23%	9,29	23%	41,18
2002	24,74	52%	10,76	23%	12,03	25%	47,52
2003	27,18	50%	13,32	25%	13,77	25%	54,26
2004	32,70	49%	17,32	26%	16,41	25%	66,43
2005	37,15	48%	19,66	26%	20,29	26%	77,10
2006	40,75	47%	22,98	26%	23,56	27%	87,29
2007	44,30	46%	25,97	27%	26,43	27%	96,70
2008	48,67	43%	30,98	28%	32,46	29%	112,10
2009	58,27	47%	32,26	26%	34,53	28%	125,06
2010	61,97	45%	37,26	27%	39,23	28%	138,46

Fonte: Ministério da Saúde – Secretaria Executiva

Com as fontes de recursos definidas em Leis, cabe ao SUS organizar essa distribuição. No próximo tópico serão apresentadas as ferramentas utilizadas para controle e planejamento desses gastos com saúde.

2.1.2 O Impacto do Modelo de Gestão do SUS no Processo Orçamentário dos Hospitais Públicos Conveniados

Para atingir os objetivos do SUS, a portaria GM 399/2006 estabeleceu diretrizes para que os atores do SUS realizassem o planejamento, que é requisito para fins de repasse de recursos. Dentre essas diretrizes estão o planejamento solidário entre as esferas de acordo com a responsabilidade de cada uma, a contemplação das peculiaridades de cada região, a pactuação de forma tripartite, das bases do planejamento e de monitoramento, participação e integração social considerando os determinantes e condicionantes da saúde.

O Ministério da Saúde atende aos requisitos legais e constitucionais, sendo assim, terá que elaborar o Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA). O PPA contém as diretrizes, objetivos e metas para um período de quatro anos. A LDO orienta a elaboração da LOA, e esta última discrimina a receita e a despesa que deverá atender aos princípios da anualidade,

unidade e universalidade. Sendo assim, a União, o Distrito Federal, os Estados e os Municípios deverão se basear em seus planos de saúde para a elaboração das propostas orçamentárias.

Portanto, a unidade de análise desta pesquisa está vinculada ao PPA e LOA da Secretaria Estadual da Saúde do Estado de São Paulo. Isso significa, portanto, que essa instituição deve elaborar seu orçamento quadrienal e anual considerando o tipo de gasto coberto por estas Leis.

A estratégia de descentralização deu origem à regionalização do SUS, que é considerada uma estratégia de garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades e otimizar o consumo e a alocação de recursos financeiros.

A portaria GM/MS n. 399/2006 estabeleceu o compromisso de cada esfera em relação ao planejamento das regiões. Percebe-se que, de forma geral, são responsabilidades comuns às esferas implementarem um planejamento participativo orientado para a resolução de problemas e necessidades de saúde, formular políticas de saúde e elaborar um relatório de gestão anual, que deve ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde da região.

A parte do planejamento ganha destaque na regionalização do SUS, pois é com os instrumentos do planejamento regional, dentre eles o Plano Diretor de Regionalização e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde, que é baseada a alocação de recursos financeiros, que dá legitimidade à região de saúde e que são identificados os recursos necessários de investimento (CONASS, 2011b).

Como foi apontado na Tabela 1, a instituição recebe recursos da fonte intitulada “Faturamento SUS”. Em convênio elaborado entre a instituição e o Estado, para recebimento desses recursos, os valores são, em sua maioria, pré-determinados, considerando um histórico da assistência da instituição.

Este tópico mostrou como e quais são as ferramentas que o governo utiliza para planejamento. O próximo tópico tratará do processo orçamentário que é possível encontrar em hospitais públicos. Esse processo trata da elaboração do orçamento, do acompanhamento do desempenho durante o período de vigência e do efeito aprendido que a organização tem em relação à elaboração do orçamento dos próximos períodos.

2.2 Ferramenta Orçamentária

De modo geral, para avaliar o desempenho dos gestores é necessário ter alguma forma padrão para se chegar às medidas desejadas. Idealmente isso envolve conceitos de efetividade (se o gestor está fazendo da forma correta) e eficiência (se está fazendo o que precisa fazer com o mínimo de gastos de recursos). No entanto, um componente essencial para a atividade de gerir é o julgamento, pois o que o gestor deve fazer e a forma com que ele o faz não pode ser totalmente antecipada. Portanto, para a mesma tarefa, gestores diferentes podem ter atitudes diferentes para concluí-las (OTLEY, 1978, p. 124).

O orçamento tem um papel importante na avaliação do desempenho do gestor, pois ele pode representar padrões de eficiência e efetividade para a entidade econômica. Sendo assim, é especificada a efetividade para um conjunto desejado de *outputs* e um padrão de eficiência para *inputs* necessários para a produção de *outputs* especificados (OTLEY, 1978, p. 123). Os governos da Europa Ocidental tentaram aumentar a eficiência dos gastos aplicando pressões orçamentárias em instituições de saúde, como hospitais (LUDWIG; GROOT; MERODE, 2009, p. 61).

Não necessariamente essa atribuição é apenas à alta gestão, ela pode ser atribuída a departamentos, unidades, filiais, ou a gestores no desempenho de suas atividades. Ainda assim, o orçamento, enquanto ferramenta para avaliação de desempenho pode servir como medida de bonificação, atrelando uma recompensa (por exemplo, remuneração variável) ao cumprimento das metas acordadas (LU, 2011, p. 6.264).

As metas dos gestores, portanto, podem ser definidas a partir do orçamento, no entanto, é necessária a execução do processo de orçamentação, que é a atividade de preparar esse orçamento. Atkinson *et al.*, (2011, p. 469) atrelam esse processo às metas da entidade e/ou ao seu planejamento estratégico. Após essa etapa, é iniciado o plano de vendas que identifica o nível de venda planejado de cada produto ou serviço. Com esse nível planejado, é possível estimar o nível de produção do período, que identifica todas as necessidades de produção, e envolve a política de estoques da entidade, plano de aquisição de materiais, plano de contratação e treinamento de mão-de-obra.

Possivelmente, dependendo do nível de produção desejado, pode ser necessário planejar os gastos com capitais¹¹ para ampliação da capacidade produtiva para atender a demanda da entidade. Também é necessário o planejamento de gastos administrativos, como assessoria, pesquisa e desenvolvimento, publicidade, entre outros.

Esse planejamento concluído resulta em demonstrativos financeiros planejados, como demonstração do resultado do exercício, balanço patrimonial e demonstrativo de fluxo de caixa. A partir dessa conclusão, inicia-se o acompanhamento orçamentário que compara o planejado e o realizado com um dos objetivos de corrigir desvios ao orçamento. Portanto, esse planejamento juntamente com o monitoramento e o possível efeito aprendido que se pode ter na elaboração do orçamento seguinte pode caracterizar o processo orçamentário. Essa definição é a utilizada por esse trabalho.

Sendo assim, os gestores utilizariam o orçamento para especificar os objetivos e planos da organização como um todo e assim alocando os recursos limitados da entidade econômica. Contudo, o orçamento também pode servir como proposta de estruturar a alocação de esforços de diferentes departamentos e divisões, especificando um plano de metas e comunicando os objetivos organizacionais. É comum a utilização de alvos com a proposta de motivar os gestores e os empregados a alcançar os objetivos de seu departamento (ETHERINGTON; TJOSVOLD, 1998, p. 143).

O alcance das metas (ou alvos) pode ser utilizado como base de avaliação de desempenho do gestor atribuindo a ele a responsabilidade de resultados e, também, como base de sua remuneração, sendo assim, o orçamento é frequentemente utilizado para facilitar a avaliação do comprometimento do gestor de nível intermediário (na hierarquia) às prioridades da organização (ABERNETHY; BROWNELL, 1999, p. 191). No entanto, essas metas não necessariamente ficam para o nível intermediário de gestão, elas podem variar conforme o cargo e o seu tipo de decisão: estratégica, tática, e operacional.

Já o orçamento público, semelhante ao orçamento privado, tem como um de seus objetivos a tentativa de coordenar e balancear as preferências políticas e os bens públicos contra a limitada disponibilidade de recursos, ou seja, contra os recursos escassos (KINNER; PELLEGRINI, 2009, p. 1.780). No entanto, não é comum observar a remuneração atrelada ao orçamento da entidade pública.

¹¹ Envolve gastos de capital de longo prazo, como aquisição de nova planta produtiva e equipamentos (ATKINSON *et al.*, 2011)

A ferramenta orçamentária, portanto, pode ser usada como um tipo de controle de gestão que permite alinhar as atividades individuais com os objetivos organizacionais (OTLEY; BERRY, 1980, p. 233; FLAMHOLTZ; DAS; TSUI, 1985, p. 38; ABERNETHY; CHUA, 1996, p. 573). É possível que a entidade possua, além do orçamento, diversos tipos de controles de gestão, sendo assim, é possível considerar que ela possui um pacote de sistemas de controle de gestão (MALMI; BROWN, 2008, p. 287).

Controle de gestão pode ser entendido como mecanismos implementados pela gestão para aumentar a probabilidade de que os atores envolvidos na organização se comportem de forma consistente com os objetivos dela (ABERNETHY; CHUA, 1996, p. 573). Sendo assim, o termo “sistema de controle de gestão” pode ser considerado como um sistema confeccionado para ajudar a alinhar o ambiente em que a organização está com os resultados desejados pelos *stakeholders*, pois isso auxiliaria na proteção contra a possibilidade de não se obter um bom desempenho/*performance* (MERCHANT; OTLEY, 2007, p. 785).

O orçamento pode ter um papel central nos sistemas de controle de gestão e pode ser base para outros sistemas (BUNCE; FRASER; WOODCOCK, 1995, p. 256; MALMI; BROWN, 2008, p. 293). No entanto, as medidas não financeiras podem se tornar uma importante parte de um sistema de controle de gestão, e pode ser usado para suprir as possíveis deficiências que as medidas financeiras possam apresentar (MALMI; BROWN, 2008, p. 293).

Com isso, observa-se que as características orçamentárias, dentre elas a participação do gestor, a precisão do orçamento, capacidade de controle e monitoramento, comunicação sobre o desempenho do orçamento (orçado *versus* realizado), têm um papel importante em direcionar as atitudes dos gestores em direção aos objetivos do orçamento e também em relação a sua motivação orçamentária (LU, 2011, p. 6.263). Abernethy e Brownell (1999, p. 199) verificaram se a participação dos gestores na elaboração do orçamento aumenta o desempenho de hospitais quando ocorre um redirecionamento estratégico, e seus resultados suportam essa hipótese.

Merchant (1985, p. 207) apresentou evidências de que a participação dos gestores em reuniões que discutem o processo orçamentário e metas vinculada a ele, diminui a propensão de criar folga nesse processo. Esse termo, “folga orçamentária”, foi definido pelo autor como o excesso de valores orçados em uma área em face daquilo

que é realmente necessário. Além disso, o autor também evidenciou que a capacidade de monitoramento também pode reduzir a propensão do gestor em criar folga.

Após essas etapas de orçamentação, definição de metas e das formas de mensuração do desempenho, o gestor pode entender as tarefas, ou metas, atribuídas a ele como ambíguas. Ambiguidade está relacionada à incerteza do significado de determinada tarefa e uma situação ambígua é aquela que dificulta ser estruturada ou categorizada por um indivíduo (DERMER, 1973, p. 512). Sendo assim, o gestor, ao perceber que a meta orçamentária atribuída a ele é ambígua pode percebê-la como incompleta, inconsistente, vaga ou com um significado não claro de como atingir esse objetivo (NORTON, 1975, p. 608; HARTMANN, 2005, p. 245).

Indivíduos que são tolerantes à ambiguidade podem buscar formas de aproveitar e aumentar o desempenho, ou seja, pode enxergá-la como desafiadora. No entanto, caso o indivíduo tenha baixa tolerância, é esperado encontrar respostas opostas, causadas pela tendência de perceber a tarefa ambígua como fonte de ameaça, podendo causar estresse no ambiente de trabalho (FRONE, 1990, p. 315; HARTMANN, 2005, p. 246).

A ambiguidade,¹² portanto, é gerada pela incerteza do ambiente, que é relacionada a suas mudanças, tal que o nível de entendimento e complexidade pode fazer com que nenhum controle seja possível, na qual há dificuldade em prever e em saber seus possíveis efeitos na organização, sendo assim, a probabilidade de ocorrência de distúrbios ou eventos aleatórios pode não ser prevista com razoável precisão (EWUSI-MENSAH, 1981, p. 305).

Em relação ao hospital público, a incerteza do ambiente pode se relacionar com as renovações dos convênios, as Leis que dão as diretrizes para elaboração do orçamento das despesas de consumo, e está relacionada diretamente ao poder do governo em repassar recursos para a entidade.

Além da incerteza do ambiente, os gestores estão sujeitos à incerteza da tarefa, que está relacionada à diversidade e à complexidade das tarefas desempenhadas pelo gestor (HIRST, 1983, p. 597; HARTMANN, 2005, p. 243). Diferente da incerteza do ambiente, a incerteza da tarefa está relacionada às características inerentes ao trabalho, que se relacionam à gestão das tarefas (HARTMANN, 2005, p. 244). As incertezas da tarefa podem estar relacionadas à frequência e às exceções, ao tempo gasto para resolver

¹² Ambiguidade: Incerteza que o gestor tem de determinada tarefa que, segundo Hartmann (2005, p. 246), pode produzir baixa legitimidade ao processo orçamentário, pois os gestores podem interpretar essa tarefa como fonte de ameaça.

problemas, à frequência de problemas na tarefa (cirurgias complexas), à falta de clareza na tarefa e à dificuldade em saber se o trabalho está adequado (ABERNETHY; STOELWINDER, 1991, p. 107).

A aceitação do orçamento pelo gestor dependerá de sua tolerância à ambiguidade, que pode aceitar ou não as incertezas inerentes à tarefa e ao ambiente embutidas ao orçamento (HARTMANN, 2005, p. 245).

Ao analisar estes aspectos teóricos citados acerca de um processo orçamentário, com as fontes de recursos de um hospital público, pode-se ressaltar, também, que a forma com que a instituição é financiada pode influenciar no processo de gestão orçamentária. Em uma empresa industrial privada (fontes de recursos predominantemente variáveis) o gestor planeja vendas e produção, já em uma empresa sem fins lucrativos (possibilidade de ter fontes de recursos predominantemente fixas) ela é voltada para a angariação de receitas e controle de despesas (ATKINSON *et al.*, 2011, p. 477). Portanto, a característica de gestão pode ser diferente.

A Figura 3 demonstra quadrantes relacionados com a possível localização de organizações, segundo a sua fonte de recursos, e a pressuposta relação com a maturidade orçamentária.

Figura 3—Quadrantes de fontes de recursos e maturidade de utilização do processo orçamentário

Fonte: Elaborado pelo autor.

No quadrante I estariam localizadas as empresas com predominância de recursos variáveis, na qual o processo orçamentário seria utilizado para controle de gastos, cujo planejamento de recursos tem característica centralizada. Com isso, há a possibilidade de baixa interação entre os gestores e esse processo e, também, há a ausência de incentivos (como a remuneração variável) ao cumprimento das metas orçamentárias. O quadrante II também conta com as mesmas características do I, no entanto, com a predominância de fontes fixas de recursos.

Pressupõe-se que hospitais públicos com maior participação de fontes fixas de recursos se localizem nesse quadrante, desde que a relação do processo orçamentário com os gestores seja semelhante ao descrito no quadrante I.

A instituição estudada tem 70% dos seus recursos vinculados ao tesouro do Estado (dados de 2013, que constam na Tabela 1) em que, conforme análise documental, predomina a cobertura de gastos fixos. A parcela do “Faturamento SUS”, que representou 25% do total de recursos em 2013 (vide Tabela 1), é responsável pela cobertura da produção da instituição, o que dá uma característica variável, apesar dos valores serem pré-determinados. Considerando a ausência de remuneração variável atrelada ao orçamento e a percepção inicial de baixa participação dos gestores clínicos, é pressuposto deste trabalho que a instituição, alvo desta pesquisa, se posicionaria no quadrante II da Figura 3.

O quadrante III englobaria organizações que apesar da predominância de fontes fixas de recursos mantêm um processo orçamentário com a participação dos gestores, com o esforço de alinhamento de objetivos entre a organização e os gestores, com análise de desempenho e de *performance* e com remuneração atrelada ao desempenho orçamentário. Por fim, as organizações localizadas no quadrante IV seriam as que possuem fontes de recursos predominantemente variáveis, como indústrias privadas e que contam com características orçamentárias semelhantes ao descrito na explicação do quadrante III.

Sendo assim, pode-se dizer que a possível “maturidade” com que os gestores utilizam o processo orçamentário pode depender da forma de captação de recursos que ela está sujeita. Portanto, as fontes de recursos de um hospital público podem influenciar a forma de gestão.

A ferramenta orçamentária, portanto, é um mecanismo de planejamento da entidade, capaz de alinhar os objetivos entre organização e gestores, e capaz de reduzir custos dela. No entanto, a forma com que a organização é financiada pode impactar em

seu modelo de gestão. No próximo tópico serão tratados os custos de transação e a sua relação com o processo orçamentário da entidade.

2.2.1 A Ferramenta Orçamentária e a Economia de Custos de Transação

Custos de transação são os custos para manter a entidade em funcionamento, e podem ser divididos em dois principais custos: motivação e coordenação. O primeiro estaria relacionado a problemas informacionais e desalinhamento de interesses, ou seja, esse custo é uma proteção contra o oportunismo (MILGROM; ROBERTS, 1992, p. 25), sendo assim, é um custo incorrido na criação de incentivos com o objetivo de fazer com que os indivíduos sigam as regras acordadas.

Orçamento, em si, é frequentemente citado como forma possível de reduzir custos de transação, pois reduz a necessidade de gerenciamento de projeto em separado, ou seu planejamento, e facilita o acompanhamento da execução (TAVAKOLI; SMITH, 2013, p. 63). O processo orçamentário pode dar condições à alta gestão de motivar os gestores por meio de remuneração atrelada a metas orçamentárias.

Atrelando as metas orçamentárias à remuneração do gestor, teoricamente, o faria empregar esforços para alcançá-las, desde que o benefício do alcance da meta fosse maior que o custo do esforço empregado para alcançá-la. Caso contrário, o gestor não seria estimulado a empregar esforços no sentido do alcance da meta estabelecida (MACHO-STADLER; PÉREZ-CASTRILLO, 2001, p. 42). Conforme apontado em entrevistas com pessoas-chave do hospital objeto de investigação deste trabalho, não há remuneração variável que atrela o esforço do gestor ao alcance da meta. Esse é um dos motivos que instigam em saber, portanto, qual é o “peso” do processo orçamentário na tomada de decisão do gestor.

Searfoss e Monczka (1973, p. 541) estudaram a motivação dos gestores ao cumprimento de metas orçamentárias e evidenciaram, em um estudo de multi-casos, que a participação no processo orçamentário e a motivação para alcançar as metas definidas no orçamento estão positivamente relacionados aos esforços em direção aos objetivos orçamentários. Este estudo corrobora a importância da motivação para o orçamento.

O custo de coordenação está relacionado à busca e à transmissão de informações relevantes dentro da hierarquia da entidade (MILGROM; ROBERTS, 1992, p. 29). O orçamento é utilizado pelos gestores como uma forma de coordenar as prioridades

estratégicas para auxiliar no comprometimento dos gestores, de menor nível na hierarquia, a essas prioridades (ABERNETHY; BROWNELL, 1999, p. 191).

Um orçamento participativo pode ser considerado um mecanismo de coordenação quando o gestor tem informação privada sobre o seu ambiente operacional —caso da relação entre as especialidades médicas e a administração. Esse orçamento atribui tarefas, coordena as atividades e fornece um *benchmarking* para avaliação do desempenho do período seguinte (KANODIA, 1993, p. 185; PATASHNIK, 1996, p. 192; POON; PIKE; TJOSVOLD, 2001, p. 103).

Com efeito, em tese, os custos de transação poderiam impactar no processo orçamentário da entidade, portanto, espera-se que sejam observadas, no estudo de caso, situações ligadas a esses tipos de características que podem acarretar em aumento ou diminuição dos custos de transação.

Além desses custos, têm-se a influência das escolhas intertemporais que podem ser oriundas do próprio gestor, ou da entidade. No próximo tópico será apresentada a definição desse conceito e a relação com o processo orçamentário.

2.3 Orçamento sob a Ótica das Escolhas Intertemporais: os dilemas dos gestores

Problemas de escolhas intertemporais são inerentes à prática de gestão (LAVERTY, 1996, p. 828). Essas escolhas envolvem decisões como investimento em tecnologia, treinamento, entrada em novos mercados, entre outros. A questão que envolve essa escolha na gestão ocorre com relação à maximização de resultados ou ao atingimento de objetivos na qual as decisões em que o caminho da ação que é melhor no curto prazo não é o mesmo caminho da ação que é melhor no longo prazo (LAVERTY, 1996, p. 828).

De modo complementar, as escolhas intertemporais podem ser definidas como as decisões que envolvem *tradeoff* entre os custos e os benefícios que ocorrem diferentes no tempo (FREDERICK; LOEWENSTEIN; O'DONOGHUE, 2002, p. 351).

A característica central desse tipo de escolha é o *tradeoff* entre presente e futuro. Ilustrando, pode ser a desistência de benefícios presentes para aumentar quantidade de futuros recebimentos, fazendo, assim, um investimento. Por outro lado, é o aumento de benefícios presentes em detrimento da diminuição de benefícios futuros. Indiferente do tipo de relação entre o presente e o futuro isso pode ser resumido em uma taxa de

desconto. Tomar decisão em uma situação de escolha intertemporal o indivíduo implicitamente determina essa taxa (LIEBERMANN; UNGAR, 2002, p. 730).

Estudos que demonstram esse aspecto temporal o relacionam com o sistema de recompensa do gestor, a Orientação Temporal do Gestor—como demonstrado em Aguiar (2010). No entanto, este trabalho não tem o objetivo de analisar a tomada de decisão com o sistema de recompensa, e sim, a presença de aspectos temporais na tomada de decisão do gestor.

Por um lado, segundo a literatura, tem-se a própria decisão do gestor que influencia o aspecto intertemporal e, por outro, se sugere que o próprio sistema de gestão da entidade é capaz de influenciar o gestor em sua tomada de decisão concentrada no curto prazo ou no longo prazo. Merchant (1990, p. 311), por meio de um estudo de campo, fez entrevistas para descobrir a incidência de duas causas importantes de disfunções no sistema de controle: a manipulação de desempenho do curto prazo e a orientação ao curto prazo de gestores. Na investigação foi verificado que essa manipulação era relatada devido a pressões orçamentárias que eles enfrentavam. Portanto, as escolhas intertemporais do gestor podem ser influenciadas pelas ferramentas de gestão que a entidade utiliza.

O processo orçamentário pode produzir um gestor míope, com excessiva orientação no curto prazo e, com isso, desencorajar novas ideias, principalmente quando as despesas serão incorridas no longo prazo, ou quando há pagamentos incertos (MERCHANT, 1990, p. 301). A orientação gerencial em curto prazo é definida como a extensão do foco dos gestores em suas decisões, na tentativa de alcançar o desempenho dentro do período orçamentário corrente, que é de um ano (VAN DER STEDE, 2000, p. 611).

Contudo, espera-se verificar na investigação se a tomada de decisão leva em conta as escolhas intertemporais que derivam do próprio gestor, ou o orçamento que interfere em seu aspecto temporal.

A atividade desempenhada pode influenciar essas escolhas. No setor hospitalar, a literatura apresenta alguns conflitos entre médicos e administradores, e a influência desses conflitos no processo orçamentário da entidade. O próximo tópico tratará desse assunto.

2.4 Planejamento no Setor Hospitalar

As tarefas hospitalares e as prestações de serviços podem ser resumidas em: intangibilidade dos serviços de saúde; produção da saúde ocorre em uma interação frente a frente entre clientes (pacientes) e profissionais (médicos); e produção e consumo dos serviços em saúde ocorrem simultaneamente (PETTERSEN, 1995, p. 208). Pettersen (1995) também demonstra que as atividades são diferentes quando se trata de bens tangíveis em que se pode ver, tocar, ouvir, cheirar o produto antes de tomar a decisão de comprar. Soma-se a isso que, os pacientes, na maioria das vezes, não são capazes de avaliar a qualidade do tratamento médico. Ou seja, essa qualidade é, portanto, dependente do julgamento médico e, conseqüentemente, essa qualidade e quantidade do serviço prestado se tornam difíceis de definir.

O atendimento hospitalar se dá primeiramente com o encontro do corpo clínico com os pacientes. Uma questão importante nesse nível é a relevância dos dados orçamentários na hora do atendimento a um paciente. O próximo passo está no departamento em que os gestores se reúnem para tomada de decisão. É esperado que o gestor do departamento clínico tenha uma orientação voltada ao time, e que o foco mude para individual conforme se caminha para os atores (médicos envolvidos no atendimento ao paciente). Esse foco individual do próprio médico pode ser disfuncional, pois pode ser separado, ou diferente, das relações coletivas com o paciente esperadas pela entidade (NYLAND; PETTERSEN, 2004, p. 81).

Como tratado no tópico 2.2, e associado aos argumentos acima, a orientação dos médicos em relação a objetivos diferentes aos da entidade pode fazer com que tenha um aumento nos custos de transação. Além disso, a incerteza da relação médico-paciente pode impactar em incerteza no processo orçamentário e, portanto, esse processo pode ser propenso a incluir folga orçamentária.

Em muitos casos, a vida do paciente fica dependente da qualificação profissional do médico. E, por meio do seu treinamento profissional, ele tem que ser capaz de tratar pacientes com multi-traumas sem tempo hábil para consulta ao manual de procedimentos ou às regras formais da entidade, ou seja, os gestores administrativos, por sua vez, não influenciam diretamente no que ocorre nessa interação (PETTERSEN, 1995, p. 209).

Considerando essas características da tarefa hospitalar, é possível fazer inferência em relação às conseqüências para o processo orçamentário. Combinando a

interação intensiva de médicos e pacientes com o alto grau de ambiguidade do desempenho, devido à sua intangibilidade, os mecanismos de controle orçamentários ficam reféns da confiança no aspecto cultural da entidade (PETTERSEN, 1995, p. 209). Esse controle cultural implica padronização das normas e valores por meio de treinamento profissional (OUCHI, 1979, p. 837).

Sendo assim, devido a essa intangibilidade, considerada característica do atendimento hospitalar, essas entidades buscam aperfeiçoar a cultura hospitalar e transmiti-la aos médicos por meio de treinamentos. Essa padronização de normas e valores pode influenciar o processo orçamentário da entidade.

Esse processo, enquanto mecanismo de controle da gestão, também encontra resistência quando não há uma identificação do profissional médico com os objetivos gerenciais especificados e seus valores, e isso implica não obtenção dos benefícios de se ter este tipo de controle (ABERNETHY; STOELWINDER, 1991, p. 115).

Essas organizações podem ser caracterizadas, portanto, com a presença de uma separação entre a estrutura administrativa burocrática e os profissionais dessa estrutura, geralmente médicos (LAPSLEY, 2001, p. 83). E, na literatura, é possível encontrar pesquisas (COOMBS, 1987; PRESTON; COOPER; COOMBS, 1992; LAPSLEY, 2001) que tentam demonstrar a resistência desses profissionais com o controle orçamentário.

Dentre a variedade de países que implementaram controles orçamentários em hospitais, em diversos deles tem ocorrido a “falha contábil”, que é definida como a ausência de situações nas quais os médicos estão dispostos a receber, ou agir em direção, às informações orçamentárias na execução de suas funções (LAPSLEY, 2001, p. 81).

Preston, Cooper e Coombs (1992) relatam debates em que o princípio da liberdade médica¹³ foi discutido. Relatam que espera-se que os médicos resistam ao controle orçamentário em nome dessa liberdade. No entanto, esse mesmo estudo também aponta debates que discutem que a tecnologia usada ao paciente (juntamente com os recursos empregados para o tratamento de sua doença) teria que ser estendida aos demais pacientes que ainda não apresentam tal enfermidade, incorrendo em aumento no consumo de recursos na incorporação de tecnologias em saúde.

¹³Preston, Cooper e Coombs (1992) definem o conceito de liberdade médica, que também é utilizado neste trabalho, como sendo a situação em que fica sob responsabilidade do médico determinar os recursos que devem ser empregados para determinados pacientes.

Historicamente, médicos têm reivindicado que as decisões médicas deveriam ser baseadas principalmente em objetivos e padrões profissionais e não de acordo com qualquer lógica econômica ou plano administrativo (HOPWOOD, 1992, p. 132; NYLINDER, 2011, p. 665).

Pode-se acrescentar que as decisões podem ter correspondência com o valor da vida que é inestimável, e que podem não encontrar respaldo em orçamentos cujos limites de gastos já estão definidos.

É possível, portanto, encontrar em hospitais ao menos duas subculturas: uma clínica e outra administrativa (MARCH; OLSEN, 1989, p. 139). A parte administrativa representa a lógica da *consequentiality*, com uma orientação mais econômica guiada por preferências e expectativas das consequências, que seriam explicitadas por meio de orçamentos formais, critérios contábeis ou planos. Já os médicos e enfermeiros representam a lógica da *appropriateness*, por meio da sua adequação e experiências profissionais. Essa lógica é guiada pela ação que decorre da concepção da necessidade no lugar das preferências (NYLAND; PETTERSEN, 2004, p. 83).

Nyland e Pettersen (2004) estudaram a relação de informações contábeis e orçamentárias com a tomada de decisão de gestores e médicos de um hospital universitário norueguês e encontraram que, em muitos aspectos, os gestores dos departamentos clínicos são os mediadores de dois diferentes mundos de decisões clínicas e de racionalidade econômica.

Além desses conflitos, há argumentos que demonstram que a atividade médica não é facilmente adaptável aos controles administrativos burocráticos, como o orçamento, pois há genuínas dificuldades em relacionar os *inputs* e os *outputs* na prática médica (COOMBS, 1987, p. 392). No entanto, essa transformação das atividades terapêuticas em equivalentes de caixa e a mudança para a orientação financeira têm mudado a forma de argumentação em organizações de saúde (KURUNMAKI, 1999, p. 120).

A necessidade médica em relação à gravidade de doenças e a necessidade de serviços para aliviar essas doenças são critérios considerados importantes para o tomador de decisão em alocar os recursos escassos da saúde. Se o orçamento é fixo, o custo de oportunidade de adicionar uma nova tecnologia consiste na redução de recursos para outros serviços devido à realocação destes recursos (escassos) para as novas tecnologias (ROGOWSKI *et al.*, 2014, p. 28).

Portanto, percebe-se que o gestor em saúde tem, por um lado, a decisão baseada no orçamento e a de incorporar novas tecnologias, no entanto, como esses recursos são escassos haverá a realocação, cabendo ao gestor decidir qual é a decisão que aumentará os benefícios aos clientes (pacientes).

Médicos estão assumindo diversas funções em organizações de saúde. Eles não mais fornecem somente o tratamento ao paciente, mas também fornecem opiniões para outros médicos e para gestores da saúde, participam de atividades de ensino e pesquisa. Além disso, nas últimas décadas têm assumido papéis com responsabilidades gerenciais (LEATT, 1994, p. 172).

Nylinder (2011) estudou a relação do controle orçamentário com as características dos gestores no ambiente da saúde na Suécia. O estudo relata evidências de que os gestores enfermeiros e não médicos aparentam maior comprometimento, com esse tipo de gestão, que os médicos. No entanto, é mencionado que há diferenças entre médicos e não médicos que podem ter influenciado os resultados. Os médicos apresentaram maior grau de atividades adicionais às responsabilidades de gestão, como o atendimento a pacientes.

Em hospital público, acrescenta-se a essa questão o desafio da gestão em coordenar a assistência a pacientes e as atividades de ensino e pesquisa.

O próximo tópico tem como objetivo a apresentação da metodologia adotada para cumprimento dos objetivos deste trabalho. Portanto, serão apresentados os critérios que foram utilizados para escolha dos gestores clínicos, instrumentos de coleta de dados e a forma de análise.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

A função deste tópico é de mostrar a metodologia adotada para atingir os objetivos deste estudo. Será iniciado com a explicação da estratégia de pesquisa utilizada. Após isso serão mostrados os procedimentos adotados para a escolha dos gestores clínicos e do instrumento de coleta de dados. Por fim, é demonstrada a forma de avaliação dos dados coletados e as limitações metodológicas deste estudo.

3.1 Estratégia de Pesquisa Adotada

A observação da utilização do processo orçamentário do HCRP para tomada de decisão de seus gestores clínicos se deu por meio da condução de um estudo de caso, com utilização de entrevistas semiestruturadas aplicadas a esses gestores do HCRP. Esse método tem o objetivo de identificar quais as variáveis que os gestores levam em conta no seu processo de tomada de decisão e, com isso, identificar qual a utilização desse processo com o processo orçamentário da instituição.

A escolha do estudo de caso se deu pela possibilidade de investigar o fenômeno em seu conjunto natural, que amplia a capacidade do pesquisador em entender e identificar quais elementos do ambiente influenciam os eventos de interesse pelo foco nas dinâmicas presentes (MCKINNON, 1988, p. 34; EISENHARDT, 1989, p. 534; ATKINSON; SHAFFIR, 1998, p. 42; LILLIS; MUNDY, 2005, p. 2; YIN, 2010).

Esse tipo de método procura investigar um fenômeno contemporâneo com profundidade, considerando a vida real, principalmente quando não há exatidão entre o fenômeno de interesse e o contexto (YIN, 2010). No presente estudo, a busca é para entender a relação entre o processo orçamentário (fenômeno) e o processo de tomada de decisões dos gestores clínicos (contexto). Além disso, esse tipo de método tem a vantagem de ser utilizado para exploração, construção de teoria, teste de teoria, extensão/refinamento de teoria (VOSS; TSIKRIKTSIS; FROHLICH, 2002, p. 216).

O estudo de caso é presente não somente na área contábil, mas também na área da saúde como uma ideia consolidada. Exemplos de aplicação dessa metodologia de estudo são encontrados na literatura em saúde (ROTTA, 2004; LETTIERI, 2009; MACINATI, 2010; PHATSHWANE; BALIYAN, 2011; GABRIEL *et al.*, 2011; GABRIEL *et al.*, 2013).

Esse tipo de pesquisa ganha em confiabilidade na condução em paralelo de um Protocolo de Estudo de Caso. O objetivo dessa condução é a de orientar o pesquisador quanto aos métodos, objetivos e a unidade de análise presente neste trabalho.

Este trabalho, portanto, seguiu um Protocolo de Estudo de Caso, que consta no Apêndice A. As diretrizes desse protocolo estão baseadas em Yin (2010).

Segundo esse autor o protocolo tem a capacidade de elevar a confiabilidade da pesquisa que utiliza o método de estudo de caso, e orienta o pesquisador quanto à coleta dos dados. Adicionalmente, propõe que o relatório contenha as seguintes seções:

- Visão geral do projeto do estudo de caso;
- Procedimentos de campo;
- Questões de estudo de caso;
- Guia para o relatório do estudo de caso.

3.2 Procedimentos Utilizados para Desenvolvimento do Estudo de Caso

Os procedimentos adotados contaram com entrevistas iniciais com pessoas-chave da instituição escolhida, definição dos gestores clínicos que foram alvo das entrevistas, definição do instrumento de coleta de dados e procedimentos de análise. Esses passos serão detalhados nos tópicos a seguir.

3.2.1 Entrevistas com Pessoas-Chave

A primeira interação se deu por meio de uma entrevista com a diretora da Assessoria Técnica, que se prontificou a contribuir com a pesquisa e forneceu informações sobre as demais pessoas-chave que poderiam também contribuir com as necessidades de informação deste trabalho.

Nessa interação indicou-se um funcionário que está responsável diretamente pela elaboração do orçamento de gastos supridos pela verba estadual, uma funcionária responsável pelos convênios com o SUS, diretora do Grupo Executivo de Convênios (GECON) e uma funcionária responsável pela gestão de indicadores da instituição, do Grupo de Avaliação de Desempenho (GAD). Nessa primeira entrevista foram fornecidas as principais fontes de recursos que a instituição utiliza.

Após essa primeira interação, foi realizada entrevista com a responsável pelo GAD. Esse setor é responsável pelo acompanhamento do desempenho e pela transmissão dessas informações a alta gestão da instituição. Essa área, inclusive, é a que gerencia os indicadores pactuados com a Secretaria da Saúde Estadual, conforme descrito no tópico 3.3.1.

Entrevistou-se, posteriormente, a diretora do GECON que é responsável pelo acompanhamento do convênio com o SUS. Nessa entrevista foram obtidas informações sobre o funcionamento desse convênio. Além disso, foi informado que os valores do exercício seguinte, que são contratados, são fornecidos à diretoria da FAEPA para elaboração do Plano de Aplicação destes recursos. Entrevista com a diretora da FAEPA foi o próximo passo desta pesquisa para entendimento desse plano.

Conjuntamente às entrevistas para entendimento do Faturamento SUS realizou-se outra entrevista para entender o procedimento para elaboração do orçamento da parte que cabe ao Estado com o responsável pelo setor de contabilidade da instituição.

Para entender o Plano de Aplicação da FAEPA, que integra as quatro fontes de recursos da Tabela 1 (menos do Tesouro do Estado), entrevistou-se a diretora da fundação que é responsável diretamente pelo plano e é quem o elabora. Sendo assim, foi possível obter detalhes da elaboração e da participação dos gestores.

Com relação aos centros de custos da entidade, realizou-se uma entrevista com um funcionário do setor de Planejamento de Materiais da instituição, seção esta responsável pelo monitoramento dos centros de custos.

Essas entrevistas contribuíram para o entendimento das fontes de recursos e do planejamento realizado, que é processo orçamentário da instituição, para aplicação destes recursos entre os setores.

3.2.2 Procedimentos para Escolha dos Entrevistados

Este trabalho utiliza o termo “gestor” como sendo aquele que coordena o trabalho de outras pessoas para atingir os objetivos organizacionais (ROBBINS; COULTER, 2012, p. 5).

Com essa definição inicial, foi realizada a seleção dos gestores juntamente com pessoas-chave do hospital, passando por duas revisões. No entanto, na banca de qualificação desta pesquisa, foi sugerida a utilização de gestores que tivessem relação

com a atividade fim da organização, e que fossem retirados os gestores de unidades de apoio. Sendo assim, este trabalho utiliza o termo “gestor clínico” como sendo aquele responsável por unidades envolvidas com a atividade fim do hospital. Ressalta-se que essa é uma associação com a função exercida e não com a formação do gestor. Esse termo foi adaptado de Nyland e Pettersen (2004) que associa o departamento clínico à presença do tratamento de pacientes.

Essa seleção conta com justificativa na literatura, pois os resultados encontrados por Nyland e Pettersen (2004) mostraram que os gestores clínicos intermediariam os conflitos entre as lógicas na instituição. Portanto, dos 24 (vinte e quatro) gestores previstos inicialmente, foram selecionados dez gestores clínicos, atendendo à definição estabelecida neste trabalho.

Além desses gestores também foi sugerida pela banca de qualificação a inclusão de gestores que estivessem hierarquicamente mais próximos à realização da atividade fim. Em conjunto com pessoa-chave do hospital, foram incluídos seis gestores que são subordinados ao nível hierárquico a que se encontram os dez gestores clínicos anteriormente escolhidos. Destaca-se que esses outros seis também atendem à definição de gestor clínico, no entanto, ficam encarregados de subunidades da instituição. Três gestores são subordinados ao Departamento de Apoio Médico e três à Divisão de Enfermagem.

A lista dos 16 (dezesesseis) gestores clínicos selecionados consta no Protocolo de Pesquisa (Apêndice A).

Dentre os gestores clínicos selecionados não foi possível entrevistar apenas um. Tentou-se entrar em contato por meio da secretaria, no entanto, foi informado que seria necessário enviar *e-mail* diretamente ao gestor explicando o motivo e o tema da entrevista. O *e-mail* foi enviado duas vezes, e não foi obtida resposta.

3.2.3 Desenvolvimento do Instrumento de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, que permitem aos entrevistados certo grau de liberdade para explicar seus pensamentos ou transmitir experiências vivenciadas relacionados ao assunto questionado. Além disso, permitem que algumas respostas sejam exploradas com mais profundidade (MARGINSON, 2004, p. 327), pois o objetivo foi verificar quais variáveis relacionam a

tomada de decisão com o processo orçamentário da instituição alvo deste estudo de caso.

A decisão por esse método se deu pela possibilidade de explorar com mais profundidade as respostas dos entrevistados. Conforme mencionado, com as entrevistas iniciais com pessoas-chave do HCRP foi notado que há baixa interação entre a elaboração do orçamento e os gestores em geral.

No entanto, foi relatado que essa interação se alterou após a adoção da contratualização, na qual o recebimento de uma parte dos recursos advindos do SUS fica condicionado ao atingimento das metas acordadas entre a alta gestão do HCRP e a Secretaria Estadual de Saúde.

Em tese, os gestores administrativos deveriam possuir maior propensão, ou maior preocupação, aos aspectos orçamentários, do que os gestores clínicos. No entanto, estes últimos teriam que fazer essa inter-relação entre a atividade médica e a limitação de recursos do orçamento atribuído a ele. A condução das entrevistas propôs capturar as percepções dos gestores clínicos frente ao orçamento, com a indução de um roteiro semiestruturado, que permite explorar as respostas se houver necessidade.

Para evitar viés de seleção e garantir validade interna, os assuntos chave terão que corresponder ao tema de pesquisa deste trabalho. Portanto, foi comum para todas as entrevistas o direcionamento para os seguintes assuntos:

- Percepção sobre a consideração do processo orçamentário do HCRP nas atividades executadas pelo gestor clínico;
- A percepção do gestor clínico quanto a sua influência no processo orçamentário da instituição;
- Considerações sobre orçamento no processo de tomada de decisão;
- Considerações sobre os instrumentos de mensuração de desempenho/*performance* e sua utilização atrelada ao processo orçamentário; e
- Percepção de conflitos entre as lógicas administrativa e médica.

O roteiro para entrevista foi baseado nos trabalhos de Pettersen (1995), Nyland e Pettersen (2004) e Pettersen e Nyland (2006). Esses trabalhos pesquisaram a relação do orçamento com os gestores de hospitais utilizando roteiros de entrevistas semiestruturadas. Tentou-se contato com esses autores, via *e-mail*, no entanto, não houve resposta. O roteiro não é descrito de forma integral nesses trabalhos, mas no corpo do texto dos artigos constam as questões utilizadas. Ressalta-se que não

necessariamente o roteiro utilizado por esses autores está de forma integral no corpo do texto do artigo, mas são citadas questões feitas aos gestores. A partir dessas questões foi elaborado um roteiro para a condução das entrevistas semiestruturadas.

Foi realizado um pré-teste com três gestores do HCRP. Os gestores autorizaram a gravação das entrevistas, o que permitiu transcrevê-las e, posteriormente, analisá-las criticamente, para verificar a similaridade com os objetivos deste trabalho. Algumas questões foram reelaboradas e a ordem também foi alterada para dar uma maior linearidade à entrevista. O roteiro de entrevista final, após ajustes, pode ser observado no Apêndice A.

As entrevistas com os quinze gestores clínicos selecionados foram realizadas entre 11/08/2014 e 16/09/2014 e tiveram tempo médio de aproximadamente 30 minutos.

3.3 Análises Realizadas

As entrevistas foram gravadas para facilitar a transcrição do discurso do entrevistado, de tal forma que garantisse proximidade com a resposta real. Foi garantido sigilo absoluto aos respondentes, além da não associação das respostas com o nome do entrevistado em nenhum momento neste trabalho, pois o objetivo é verificar os resultados coletivos e não de único gestor. Todos os entrevistados concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em que constam essas condicionantes. Esse termo é um documento exigido pelo Comitê de Ética em Pesquisa a qual foi submetido esse trabalho. O detalhamento está descrito no item 3.4.

Realizou-se uma análise de conteúdo, que é uma técnica para investigação com finalidade de obter uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo de determinada comunicação. Para submeter entrevistas a esse tipo de análise elas devem se referir a um mesmo tema, ter sido obtidas por técnicas idênticas e serem realizadas por indivíduos semelhantes (BARDIN, 2011, p. 128). O tema comum é o processo orçamentário, a técnica empregada é a mesma para todos os entrevistados e o indivíduo que coletou todos os dados é o próprio pesquisador deste trabalho, garantindo, assim, maior validade para este estudo de caso.

O *software* utilizado para análise de conteúdo foi o Sphinx, adquirido pela Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto.

O banco de dados gerado a partir do *software* foi analisado quantitativamente em relação à frequência de aparição de elementos relacionados ao processo orçamentário da instituição. Além disso, foi identificado qual é o contexto utilizado quando esses elementos aparecem.

Portanto, foi realizada a análise temática dos discursos, observando a frequência dos temas extraídos do conjunto dos discursos. Conforme Bardin (2011) apresenta, a análise temática somente, apesar de indispensável, prejudica a real interpretação dos dados, sendo assim, foi realizada a análise das coocorrências na tentativa de identificar relações entre os elementos da mensagem.

3.4 Tentativas de Minimização de Ameaças

Mckinnon (1988) apresentou quatro principais ameaças existentes nesse tipo de metodologia: efeito da presença do pesquisador, que pode alterar o comportamento e as conversações entre os participantes; observação do fenômeno que difere da realidade; limitação ao acesso aos dados; limitação da mente humana com relação à tentativa de enganar o pesquisador e o esquecimento dos detalhes de determinadas situações ocorridas.

Para tentar minimizar a ameaça em relação ao efeito da presença do pesquisador, foi utilizada a interação limitada, que permite ao pesquisador observar os eventos e conversar com os sujeitos por meio de entrevistas. Esse tipo de interação é socialmente natural e uma forma aceita de intervenção. Assim, essa abordagem pode minimizar a impertinência, enquanto permite um maior entendimento sobre o significado dos eventos e atividades observadas (MCKINNON, 1988, p. 37).

O viés do pesquisador em relação à possibilidade de observar um fenômeno que difere da realidade foi minimizado pela triangulação de dados. A triangulação é definida como o uso e a combinação de diferentes métodos para estudar o mesmo fenômeno, isso permite um incremento tanto na validade quanto na confiabilidade da pesquisa (VOSS; TSIKRIKTSIS; FROHLICH, 2002, p. 206).

Essa triangulação se deu considerando essas três formas: observação em campo com entrevistas a pessoas-chave na instituição envolvida no processo orçamentário e na avaliação de desempenho; análise documental; entrevista com os gestores clínicos. Para contribuição nessa triangulação foi permitida a participação do pesquisador em uma

reunião da CPAC, o que contribuiu para o entendimento do conteúdo da discussão das metas relacionadas ao PMI.

Com a pesquisa sendo realizada em ambiente hospitalar, há a preocupação de alteração no ambiente devido à possibilidade de acarretar interferências em diagnósticos, pacientes, procedimentos, entre outros, e, assim, dificulta-se a entrada do pesquisador na instituição bem como o acesso aos dados.

Por esse motivo, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto e ao do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto com o intuito de analisar possibilidades de interferência e autorizar a realização da pesquisa. Foi justificado que a interação com o hospital se daria por meio de entrevistas a gestores, e não haveria interferência em diagnósticos, no atendimento a pacientes ou na prescrição de medicamentos, pois se trata apenas da parte administrativa.

Inicialmente este projeto foi submetido pelos pesquisadores Diego Queirantes e Carlos Alberto Grespan Bonacim e, posteriormente, foi adicionado o pesquisador Gabryel Lopes Sola como integrante por meio de uma emenda adicionada ao projeto. Este projeto consta como APROVADO pelo CEP e, portanto, não há impedimentos quanto à coleta de dados necessários para realização desta pesquisa.

Para consulta do status do projeto é necessário acessar a Plataforma Brasil e consultar o protocolo 13520813.3.3001.5440. A aprovação consta no Apêndice C. O projeto submetido ao CEP é mais amplo que o escopo deste trabalho, pois abrange também hospitais particulares do município de Ribeirão Preto, e este recorte foi efetuado devido à especificidade de um hospital público no tema tratado.

O assunto, os termos e os conceitos tratados na pesquisa de campo são da rotina dos gestores clínicos (tomada de decisão), portanto, isso minimiza a ameaça de esquecimento sobre o assunto tratado. Para garantir a aproximação à fidelidade das respostas é previsto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com documentação própria, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que garante o sigilo dos dados obtidos por meio das entrevistas, e autoriza a gravação. Esse termo foi entregue e assinado pelos entrevistados na qual também garante sigilo absoluto do nome dos entrevistados. Esse termo consta no Apêndice D.

Os pesquisadores estão cientes da limitação da validade externa de um estudo de caso, considerado uma problemática deste tipo de metodologia, devido a reportar um pequeno número de observações, no entanto, o objetivo é identificar variáveis que

relacionam o orçamento com o processo de tomada de decisão e, assim, contribuir com futuras pesquisas na elaboração de questionários estruturados, que aprofundem nessa relação, em hospitais públicos do Brasil. Nesse ponto, os problemas da validade externa tendem a ser minimizados.

3.5 Estruturação Gráfica dos Procedimentos da Pesquisa

A Figura 4 demonstra a estrutura utilizada no presente trabalho.

Na introdução, a intenção foi a de fundamentar e contextualizar o tema estudado. O referencial teórico tenta fundamentar as possíveis relações teóricas que o gestor tem com o processo orçamentário.

Complementando este referencial, há a caracterização da instituição estudada, demonstrando a sua relevância, fontes de recursos, planejamento e instrumentos de mensuração de desempenho e de *performance*.

A metodologia demonstra como este estudo foi conduzido para que os objetivos definidos na introdução fossem cumpridos. Os resultados demonstram a separação em três principais tópicos: percepção da utilização do processo orçamentário para tomada de decisão; utilização dos instrumentos de mensuração de desempenho e de *performance* e a percepção da relação com o processo orçamentário; e percepção de conflitos entre as lógicas administrativa e médica.

As considerações finais trazem um resumo desses itens juntamente com a relação dos objetivos definidos com os resultados. Também, trarão a possibilidade de possíveis temas futuros de pesquisa que podem complementar os achados deste trabalho.

Figura 4 - Estrutura dos processos realizados na presente pesquisa

Fonte: Elaborado pelo autor.

O tópico quatro, a seguir, caracterizará o hospital público que é a unidade de análise deste estudo de caso, demonstrando a representatividade da instituição, o planejamento de recursos e instrumentos de mensuração de desempenho/*performance*.

4 CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO (HCRP)

O objetivo deste tópico é caracterizar a instituição estudada, demonstrando sua atuação no ambiente de saúde, sua organização administrativa, fontes de recursos e instrumentos utilizados para mensuração de desempenho e de *performance*.

4.1 A Unidade de Análise

O HCRP é uma autarquia pública estadual, criado em 1956, vinculado administrativamente à Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e associado à Universidade de São Paulo para fins de ensino, pesquisa e prestação de serviços médico-hospitalares. Integra o SUS desde 1988 e é caracterizado como hospital de grande porte, de alta complexidade e de referência terciária para a região nordeste de São Paulo. É dividido em duas áreas: Campus Universitário e Unidade de Emergência, totalizando 875 leitos, empregando 5.773¹⁴ servidores. Em 2013 essa instituição realizou 647.618 exames e procedimentos (somatório) (HCRP, 2014).

O hospital dispõe de uma Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA) que foi instituída em 1988 com a finalidade de colaborar com o HCRP na implantação de mecanismos gerenciais para aprimoramento da instituição hospitalar. As ações são formalmente expressas em Convênio de Cooperação e, com amparo nele, a FAEPA processa e gerencia o faturamento dos serviços médico-hospitalares prestados no âmbito deste hospital (FAEPA, 2014).

Essa fundação mantém sob sua responsabilidade a gestão do Hospital Estadual de Ribeirão Preto, do Centro de Referência da Saúde da Mulher e do Hospital Estadual de Américo Brasiliense. Além disso, mantém convênios com a prefeitura de Ribeirão Preto e com a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto para atuação no Centro de Saúde Escola “Joel Domingos Machado” e no Centro Médico Social e Comunitário da Vila Lobato. Devido a esses diversos convênios que a FAEPA mantém, o escopo deste trabalho foi limitado à sua interação com o HCRP.

¹⁴ Considerando o número de funcionários do HCRP e da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA). Foi observado que alguns funcionários do HCRP possuem complementação de jornada pela FAEPA, no entanto, estes não estão computados no total de funcionários.

As fontes de recursos desse hospital, demonstradas na Tabela 1, compreende valores advindos das esferas federal e estadual. Portanto, essa instituição mantém dois orçamentos, um para atender a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e outro que engloba as demais fontes de recursos, para aplicá-los a despesas não cobertas pelo orçamento estadual.

O HCRP também tem a atribuição das atividades de ensino e pesquisa. Essas duas atividades são organizadas em conjunto com a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), no entanto, foi relatado em entrevista com pessoas-chave da instituição que não há repasses de recursos da faculdade para a unidade de análise estudada.

Em hospitais universitários é comum as atividades de ensino serem tratadas diretamente com os gestores das faculdades, sem interveniência da direção do hospital e, além disso, há evidências de que os recursos financeiros oriundos das atividades de ensino e pesquisa não entram no orçamento dos hospitais de ensino (LOBO *et al.*, 2010, p. 582). No entanto, verificou-se, nas entrevistas com os gestores clínicos, que alguns docentes captam recursos em órgãos de fomento e desenvolvem projetos dentro da instituição.

Conforme informações de pessoas-chave da instituição, não há uma delimitação clara referente à aplicação de recursos em ensino, pesquisa e assistência, pois a atividade dessa instituição pode empregar simultaneamente essas três atividades. Por exemplo: ao mesmo tempo em que o médico pratica a assistência ele pode utilizar o caso para ensino e coletar dados para a prática de pesquisa. Ressalta-se que os orçamentos do estado e do SUS custeiam somente a atividade de assistência.

Apesar de o HCRP possuir relações com diversas instituições, conforme apontado, o foco deste trabalho foi dirigido para esse hospital público e sua complexidade orçamentária. O tópico seguinte demonstrará, com detalhes, cada fonte de recurso do hospital e o processo de orçamentação adotado.

4.2 Fontes de Recursos e Processo Orçamentário

Para conhecimento das fontes de recursos apresentadas na Tabela 1 e de seu processo orçamentário foram realizadas entrevistas com os responsáveis pelos setores de Contabilidade, Diretoria da FAEPA, funcionário do Planejamento de Materiais, com o responsável pelo Grupo de Avaliação de Desempenho (GAD) e com a Diretora do

Grupo Executivo de Convênios (GECON), para entendimento da cobertura de despesas de cada fonte de recursos apresentada.

Além disso, foi realizada a análise documental para entendimento dos limites de cobertura de cada fonte de recursos que a instituição recebe, por isso foi solicitado o convênio que regula o Faturamento SUS, e também foi feito o levantamento da legislação que regula a elaboração do orçamento com o Estado. O convênio do HCRP com o SUS foi obtido por meio da Lei nº 12.527/2011¹⁵ e pelas publicações no Diário Oficial do Estado de São Paulo. Também foi realizado levantamento da legislação pertinente no que tange à responsabilidade do Estado em fornecer recursos ao hospital.

As informações obtidas nas entrevistas, e pela análise documental, mostram que a fonte de recursos do Tesouro do Estado é responsável por cobrir despesas de consumo do hospital, tais como medicamentos, energia elétrica, folha de pagamento, entre outros. Sobre essa fonte de recursos também foram solicitadas informações sobre o processo orçamentário para obtenção desses recursos.

O orçamento dos recursos do Tesouro do Estado é realizado conforme Lei publicada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (por exemplo, a Lei que regulamenta o orçamento para 2014 é a Lei nº 15.265/2013). Esse processo é realizado pelo setor de finanças da entidade, que o elabora a partir do histórico de gastos, acrescentado de investimentos previstos no ano.

Com isso, esses valores são passados para a superintendência da instituição, para conhecimento, e, por fim, transmitido para a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Já a fonte Faturamento SUS é regulamentada, atualmente, pelo convênio 2.565/2013¹⁶ celebrado entre o HCRP e o Governo do Estado de São Paulo. Esse convênio tem por objetivo a execução, pelo conveniado, de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais a qualquer pessoa que necessite desse atendimento, desde que estejam dentro dos serviços conveniados.

O HCRP, por sua vez, recebe mensalmente da Secretaria de Estado da Saúde os recursos oriundos desse convênio. Esses recursos são provenientes do Fundo Nacional da Saúde (Ministério da Saúde), e visam remunerar os procedimentos realizados pelo

¹⁵ A Lei nº 12.527/2011 é conhecida com Lei de Acesso à Informação.

¹⁶ Contrato celebrado entre o Governo do Estado de São Paulo por meio da Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP), e o HCRP. Este convênio compreende as obrigações entre SES-SP e o HCRP, forma de financiamento e instrumento de mensuração de desempenho vinculado ao recebimento de parte dos recursos.

hospital. Esses procedimentos são os de alta complexidade, média complexidade, ações estratégicas da tabela do Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS, e ainda um valor anual destinado ao custeio de ações desenvolvidas pela Organização de Procura de Órgãos.

Uma parte desses recursos é recebida condicionada a metas estabelecidas pela alta gestão do HCRP com a Secretaria de Estado da Saúde (SES). Esse fenômeno é integrante do processo de contratualização que se dá em hospitais certificados como Hospitais Ensino (BRASIL, 2004a, art. 3), no qual o HCRP foi certificado em 2005.

A parte que corresponde a isso é a estipulada para média complexidade, na qual 85% dos recursos são fixos e 15% (correspondente a R\$ 779.639,02 mensais, ou R\$ 9.355.668,25 anuais, conforme último termo aditivo ao convênio realizado) são condicionados ao cumprimento das metas do Plano Operativo¹⁷ da instituição. Esse componente do Plano Operativo está descrito no item 4.3.1, com o nome de Plano de Metas Institucionais. O restante dos valores desse convênio é fixo, desde que a instituição não deixe de cumprir o estipulado no convênio, no período.

Essa fonte de recursos, Faturamento SUS, é gerenciada pela FAEPA e são valores fixados com base no histórico de produção do hospital, pela Secretaria de Estado da Saúde, e na tabela que regula a remuneração desses serviços, que é gerenciada pelo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM (referente à Órtese, Prótese e Materiais) do SUS (SIGTAP).

A relação do faturamento SUS com o processo orçamentário é que, com esses valores pré-fixados, acordados no convênio, o Grupo Executivo de Convênios (GECON) passa à diretoria da FAEPA essa previsão de recebimento para o ano seguinte.

Os recursos originados do Financiamento de Estudos de Projetos e Programas (FINEP) são advindos de projetos entre a FAEPA, ou o HCRP, com o FINEP (órgão de fomento). Portanto, o hospital, ou a FAEPA, se candidata nas chamadas públicas que são disponibilizadas e os recursos, se o projeto for contemplado, são destinados especificamente ao projeto. Por exemplo, a análise documental realizada mostra a aprovação do projeto de expansão e adequação da infraestrutura da Unidade de Pesquisa Clínica, com a concessão de aproximadamente R\$ 4 milhões. Em relação ao orçamento,

¹⁷ Contrato formalizado entre HCRP e SUS que contém a pactuando de indicadores e metas para a instituição.

a previsão de entrada dos recursos oriundos dessa fonte para o hospital é realizada com análise dos próprios projetos aprovados.

Os Termos Aditivos (TA) incluem recursos destinados a programas que não necessariamente são de interesse do hospital, mas são de interesse da SES, por exemplo, vinculação do Hospital Estadual de Serrana à FAEPA, manutenção do Programa de Ações Interessadas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade (PAI-PAD), manutenção da farmácia de alto custo do município de Franca. O hospital é utilizado como meio para coordenação desses programas devido à presença na instituição de especialistas nesses assuntos.

Segundo relatos, os TA também incluem recursos para cobertura de custos do HCRP, por exemplo, quando ocorreu a implantação do benefício denominado “Prêmio Incentivo” aos funcionários, na qual houve a necessidade inicial da utilização de recursos da FAEPA, e a parte do custeio teve que ser coberta por termos aditivos da SES. No entanto, posteriormente, essa necessidade orçamentária foi incluída no orçamento do Tesouro do Estado.

A FAEPA também conta com atendimento a clientes privados. Devido ao atendimento de alta complexidade do hospital, o perfil dos pacientes também é complexo. No atendimento privado a instituição acaba por obter recursos, não tanto pela quantidade de clientes e sim pela complexidade que eles apresentam. Exemplo desses tratamentos complexos são transplantes, ações ligadas à neurocirurgia, entre outros. A previsão de entrada de recursos dessa fonte é feita a partir de histórico e, também, considerando a limitação espacial à qual a parte de atendimento a clientes privados está sujeita.

O planejamento da receita do Faturamento SUS, FINEP, Termos Aditivos e atendimento a clientes privados integram o Plano de Aplicação da FAEPA. Esse plano é o planejamento de receitas e despesas do período seguinte, e é realizado até o mês de novembro do ano anterior ao ano de exercício.

Conforme observado, as despesas são planejadas conforme os percentuais de aplicação definidos pelo Conselho Deliberativo do hospital, que definem valores a serem aplicados com recursos humanos, investimento, consumo, verba para os departamentos, manutenção, reserva para contingências.

Os percentuais são definidos de acordo com a necessidade da instituição, ocorrendo na seguinte lógica, conforme entendimento em entrevista: primeiramente é analisada a cobertura dos recursos do Tesouro do Estado e, posteriormente, verificam-se

quais são as necessidades da instituição que não estão sendo supridas por esses recursos. Por exemplo, conforme relatado, houve a necessidade de contratação de analista de sistemas e fisioterapeutas, que era necessidade do HCRP, e que estão sendo cobertos com recursos oriundos do Plano de Aplicação. Além disso, há investimentos na parte de tecnologia que também são cobertos por esse plano. No entanto, os interesses do HCRP e da FAEPA têm que estar alinhados ao plano.

Os percentuais de aplicação não necessariamente são definidos anualmente, e sim conforme a necessidade de aplicação de recursos do HCRP. É considerada uma gestão estratégica para o ano seguinte. A FAEPA não somente faz o planejamento de recursos do HCRP, mas também dos hospitais a ela conveniados, como o Hospital Estadual de Ribeirão Preto, o Centro de Referência da Saúde da Mulher e o Hospital Estadual de Américo Brasiliense. No entanto, o foco deste trabalho foi nas relações entre HCRP e FAEPA.

Segundo observado, o monitoramento dos gastos desse plano é feito mensalmente por meio de planilhas eletrônicas, na qual há o acompanhamento do fluxo de recursos da instituição. A gestão de recursos desse plano é fiscalizada pelo Tribunal de Contas do Estado, pelo Ministério Público, pela Secretaria da Fazenda e por uma Auditoria Independente.

Para os gestores do HCRP não necessariamente interessa saber a origem desses recursos, pois é realizada uma previsão anual de materiais de consumo dos centros de custos pertencentes a estes gestores. O hospital é dividido em 276 centros de custos ativos (em 2014), e cada centro de custo tem um responsável, podendo ser os gestores ou pessoas indicadas por ele.

Cada centro de custo tem um teto de gastos, que é estipulado considerando todos os materiais necessários para o funcionamento do setor. No caso de um centro de custos novo, é feita uma lista de materiais de consumo que a área prevê utilizar, levando em conta especialidade, número de atendimentos, turnos, entre outros. Essa previsão é passada à Assessoria Técnica do hospital e, havendo necessidade, é passada ao Comitê de Avaliação de Tecnologia (CAT) e/ou para o Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde (NATS). A partir daí é estipulado um teto para o centro de custos da instituição. Qualquer alteração na programação que ultrapasse o teto estipulado é novamente encaminhada para a Assessoria Técnica, CAT e NATS para avaliação (esses dois últimos, se houver necessidade). Com a aprovação, o teto pode ser alterado. Isso significa que o gestor clínico da instituição tem recursos pré-determinados relacionados

ao consumo de materiais, e a proposta de alteração do teto deverá ser discutida com a administração.

Os gestores também podem fazer alterações nos materiais de consumo do centro de custos que não ultrapassem o teto do setor, exclusão e/ou inclusão de materiais. Porém, a diretriz do hospital é a de que se mantenha o teto de gastos e, caso ele seja ultrapassado, a solicitação necessitará de aprovação da Assessoria Técnica ou da Superintendência, se houver necessidade.

Além desse recurso para consumo, os departamentos clínicos têm disponível um percentual da verba do Faturamento SUS (3% após ajustes). Esse recurso é encaminhado aos departamentos proporcionalmente à sua produtividade, apontada pelo GECON. O repasse dessa verba tem o objetivo de fazer com que se dê maior agilidade aos departamentos, em relação a consumo, e possibilita o planejamento de investimentos na área do gestor.

No entanto, a instituição segue regras, como a Lei nº 8.666/1993 (Lei das licitações), e os investimentos precisam ser aprovados pela superintendência. Ou seja, essa verba não é de total livre utilização para os gestores, há algumas condicionantes.

Após o evento da contratualização, em 2005, foram fixadas metas para a instituição (componente do Plano Operativo), e essas metas, a partir de então, são comunicadas anualmente para os gestores. Além disso, nesse mesmo ano, foi instituída uma comissão externa, a Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos (CPAC —descrita no item 4.3.1), que acompanha as metas e sugere ações corretivas, quando há necessidade. Com o intuito de aproximar essa comissão com as áreas da instituição, foi constituída, em 2006, uma comissão interna (descrita no item 4.3.1) para acompanhar e discutir as ações corretivas com as áreas.

A motivação da escolha dessa instituição para ser alvo deste estudo de caso se deu devido às características apresentadas e à complexidade orçamentária que considera diversas fontes de recursos para atender o consumo de atividades heterogêneas. Há outras instituições com complexidades iguais ou superiores, no entanto, devido às limitações de recursos e pela conveniência do acesso foi escolhido o HCRP.

4.3 Instrumentos de Mensuração de Desempenho/*Performance*

Atualmente, o HCRP conta com quatro instrumentos de mensuração, conforme informado em entrevistas. Dois de desempenho:¹⁸ o plano de metas institucional (PMI) e o programa de gestão a vista (PGV). Dois de *performance*:¹⁹ o sistema de avaliação de hospitais ensino (SAHE) e o programa de compromisso com a qualidade hospitalar (CQH), detalhados neste tópico.

Para verificar a importância desses instrumentos para os objetivos do trabalho foram realizadas entrevistas com a responsável pelo GAD e, também, análise documental dos documentos que guiam os instrumentos.

A Tabela 4 apresenta um resumo do objetivo, da composição e da interação dos principais instrumentos de mensuração de desempenho/*performance* com os gestores do hospital.

Observa-se que há uma predominância de indicadores não financeiros que, em sua maioria, estão ligados à assistência hospitalar. O CQH e o SAHE são fontes para *benchmarking*, conforme apontado em entrevistas com as pessoas-chave do hospital, e os gestores clínicos também partilham dessa percepção.

Apesar da predominância apontada pode-se observar que há uma aparente interface com o orçamento devido ao controle da produção hospitalar, que é um dos pré-requisitos para a manutenção do recebimento dos recursos advindos do Faturamento SUS.

Percebe-se que os instrumentos voltados para a análise de desempenho (PMI e PGV) são elaborados anualmente, no entanto, com atualização mensal do PGV, apresentado em quadros no setor, e discussão trimestral das metas do PMI por meio da CPAC. Neste tópico apresenta-se a descrição de cada instrumento, bem como considerações sobre a importância para este trabalho.

¹⁸ Instrumento de mensuração de desempenho é considerado neste trabalho como a comparação, ou mensuração, de indicadores para fins internos.

¹⁹ Instrumento de mensuração de *performance* é considerado nesse trabalho como a utilização dos indicadores em comparação com os de outras entidades.

Tabela 4 - Resumo dos principais programas de mensuração de desempenho/*performance*

Instrumento	Interação com Gestores	Objetivo	Plataforma Teórica	Interface com Orçamento	% de Indicadores Financeiros		% de Indicadores não Financeiros		Total de Indicadores
PMI	Reunião anual para divulgação das metas pactuadas	Possibilitar melhor entendimento do desempenho institucional, por meio da avaliação e mensuração das atividades para propor ações de melhorias	<i>Balanced Scorecard</i> e processo orçamentário	Sim	3	12%	22	88%	25
PGV	Atualização mensal	Compartilhar informações por meio de metas setoriais, estimulando a gestão	<i>Balanced Scorecard</i>	Sim	6	3%	192	97%	198
CQH	Apresentação trimestral feita pelo CQH	Prezar pela contínua qualidade do atendimento nos serviços de saúde. Para o HCRP – <i>Benchmarking</i>	Gestão Hospitalar	Sim	1	1%	81	99%	82
SAHE	Apresentação pela SES/SP, no entanto, sem período específico	Para a SES/SP - coletar dados eletrônicos mensais e anuais dos hospitais ensino contratualizados. Para o HCRP - <i>benchmarking</i>	Monitoramento orçamentário	Não	N/A*		N/A*		N/A*

Fonte: Análise documental, entrevistas com pessoas-chave, Sediya (2013).

* As informações são transmitidas para a SES/SP, para que ela confeccione indicadores.

4.3.1 Plano de Metas Institucional - PMI

Consequência da inserção do HCRP no Programa de Reestruturação de Hospitais Ensino é um componente do Plano Operativo, obrigatório para esses hospitais (BRASIL, 2004b). As metas são pactuadas com a Secretaria Estadual da Saúde e o atingimento delas dá direito ao recebimento do componente variável do convênio SUS, que corresponde a 15% do valor total estipulado para a média complexidade.

Esses aspectos assemelham-se ao modelo de gestão baseado em contratos de gestão que provê recursos²⁰ e definição, de forma clara, de metas qualitativas e quantitativas, na qual é acordado entre as partes (BRESSER-PEREIRA; 1998, p.36). Do ponto de vista da Economia de Custos de Transação, isso implicaria um conjunto de contratos mais completos dada a inexistência de contratos completos (WILLIAMSON, 1988, p. 69). Sendo assim, poderia haver a redução desses custos de transação à medida em que os contratos se tornassem mais completos.

As metas são pactuadas pela alta gestão em conjunto com a SES, não tendo participação dos demais gestores do HCRP. No entanto, após o acerto dessas metas, elas são comunicadas aos gestores em reunião anual. Há uma comissão externa que tem a finalidade de acompanhar e atestar as metas quantitativas e qualitativas estabelecidas no Plano Operativo da instituição. Essa comissão é denominada como Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos (CPAC).

Conforme regimento interno do HCRP a CPAC é constituída por:

- Dois representantes do HCRP;
- Um representante da Secretaria Estadual de Saúde (SES);
- Um representante da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto/SP (SMS);
- Um representante do corpo docente da FMRP – USP;
- Um representante do corpo discente da FMRP – USP; e
- Um representante da instância de Controle Social do município sede da Diretoria Regional de Saúde XIII de Ribeirão Preto – DRS XIII.

As competências dessa comissão são acompanhar e atestar as metas definidas, avaliar os indicadores demonstrados no Plano de Metas, sugerir ações preventivas e

²⁰ Recursos humanos, materiais e financeiros.

corretivas, sugerir ações de melhorias, solicitar a inclusão ou retirada de metas e acompanhar a implementação das ações sugeridas.

Como sugestão dessa comissão externa, foi constituída em 2006 uma comissão interna com o objetivo de discutir ações corretivas com as áreas e acompanhar essas ações, ou seja, essa comissão fica mais próxima das áreas responsáveis por indicadores relacionados ao PMI. As reuniões são bimestrais e delas participam representantes do Ambulatório, GECON, Enfermagem, Unidade de Emergência, Recursos Humanos e do Controle Interno da Qualidade.

Na análise documental, e confirmada em entrevistas, não foram evidenciados mecanismos de *enforcement* em relação à atribuição dessas metas aos gestores clínicos.

Do ponto de vista teórico, esse instrumento assemelha-se ao processo orçamentário, por pactuar metas relacionadas ao recebimento de recursos variáveis, e ao *Balanced Scorecard*, pela constituição e planejamento dessas metas.

Portanto, pressupõe-se que a relação desse instrumento com o processo orçamentário é a de planejamento de aplicação dos recursos atrelados ao instrumento e o de monitoramento do cumprimento das metas acordadas. Sendo assim, os gestores utilizariam esse instrumento para tomada de decisão de alocação de recursos e de execução das atividades atreladas às metas.

Como essas metas estão relacionadas com o recebimento de recursos, e há uma comunicação das metas determinadas entre a alta gestão e a SES aos gestores clínicos da instituição, este trabalho considerou, na análise de resultados, a análise documental, o que foi apontado nas entrevistas com pessoas-chave e o que foi apontado pelos gestores clínicos entrevistados.

4.3.2 Programa de Gestão a Vista - PGV

Esse programa, criado em 2006, tem como objetivo compartilhar informações por meio de metas setoriais estabelecidas, estimulando a gestão, possibilitando a análise de desempenho e possibilitando estipular metas para o futuro (HCFMRP/USP, 2010, p. 23).

O Grupo de Avaliação de Desempenho (GAD), que se assemelha a um departamento de controladoria, dissemina a proposta do Programa de Gestão a Vista, que constitui um controle descentralizado dos indicadores (HCFMRP/USP, 2010, p. 23)

que, segundo relatos, estimula o desenvolvimento de indicadores nas unidades e a divulgação trimestral dos resultados em quadros no próprio setor.

Em entrevista e observação de pessoas-chave verificou-se o procedimento de elaboração de um relatório ao final de cada período, em que constam as atividades realizadas pelos departamentos, em relação a esse programa, como inclusão e exclusão de metas, alcance ou não da meta e seus motivos. Esse relatório é enviado à Assessoria Técnica (AT) do HCRP. No entanto, quando questionado se há uma discussão com o setor sobre os resultados, foi relatado que não há um *feedback* da AT para os setores, como recomenda a literatura referente ao processo orçamentário.

Diante dessa constatação, solicitou-se uma listagem de indicadores que faz parte desse programa para verificar quais são os indicadores utilizados. Conforme análise documental, pôde-se observar que os indicadores são predominantemente operacionais, ou seja, voltados para a assistência (97% do total). Pela composição dos indicadores, do ponto de vista teórico, esse instrumento assemelha-se ao *Balanced Scorecard*.

Esse programa pode pressupor o alinhamento de objetivos entre a organização e os gestores, que pode ser relacionado ao processo orçamentário. Portanto, os gestores tomariam decisões e criariam indicadores para monitorar o quão perto estão de alcançar os objetivos determinados a ele.

Assim, como parte integrante do protocolo deste estudo de caso, antes das entrevistas o pesquisador verificou quais indicadores o setor utiliza. Em tese, espera-se poder avaliar de maneira crítica o porquê da utilização do indicador e se há alguma relação com o processo orçamentário da instituição, ou se essa informação serviria para outros fins.

4.3.3 Compromisso com a Qualidade Hospitalar – CQH

O HCRP aderiu ao programa CQH, em 2007, que é mantido pela Associação Paulista de Medicina e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, e administrado pela Sociedade Médica Paulista de Administração em Saúde. Esse programa tem como objetivo a melhoria contínua da qualidade do atendimento nos serviços de saúde, possuindo uma metodologia própria e, por meio do trabalho em equipe, alcançar a mudança nas atitudes e comportamentos (HCFMRP/USP, 2010, p. 24).

Em 2008 criou-se um comitê para implementação desse programa e, a partir disso, foram desenvolvidos subcomitês. Além disso, foi instituído o curso de visitantes com o objetivo de disseminar a metodologia, levantar pontos fortes e oportunidades de melhoria da entidade (HCFMRP/USP, 2010, p.24). Nesse mesmo documento é apontado que na adesão ao programa a instituição assume o compromisso de:

- Colaborar para a melhoria contínua da qualidade do atendimento médico hospitalar;
- Construir um grupo de qualidade do corpo clínico, da equipe de enfermagem e dos setores administrativos, designando pelo menos três interlocutores (um de cada setor);
- Promover o aprimoramento e o desenvolvimento dos seus recursos humanos em todos os níveis; e
- Contribuir, mensalmente, para o Fundo de Apoio ao Programa, conforme valores definidos em consenso, pelos hospitais participantes e pelo Núcleo Técnico do CQH.

Observou-se em entrevista que, na prática, esse programa visa à melhoria do atendimento e satisfação do paciente, e é uma fonte de *benchmarking* para comparar a situação do HCRP com as demais instituições que fazem parte desse programa. Sendo assim, do ponto de vista teórico, esse instrumento assemelha-se ao citado em Gestão Hospitalar, sobretudo a respeito da tentativa de aperfeiçoamento da cultura hospitalar.

A pressuposta relação desse instrumento com o processo orçamentário é essa possibilidade de *benchmarking*, que pode auxiliar na confecção de metas, tanto da assistência quanto do consumo de recursos. Sendo assim, o gestor clínico tomaria decisões que aumentassem a probabilidade de alcance das metas definidas, tanto em assistência quanto em consumo de recursos, de forma que o indicador se adéque a uma “média de mercado”.

Semelhante ao CQH, pode-se observar que o Sistema de Avaliação de Hospitais Ensino (SAHE) também é um programa utilizado para *benchmarking* para análise da *performance* do hospital. Os detalhes desse programa serão apresentados no tópico seguinte.

4.3.4 Sistema de Avaliação de Hospitais Ensino – SAHE

O SAHE é um programa mantido pela Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo com o objetivo de possibilitar a comparação entre Hospitais Ensino, reunindo informações sobre: dados de paciente, consumo, recursos humanos, utilização da área física e equipamentos; especialidades médicas ambulatoriais; estrutura, como equipamentos e salas cirúrgicas; composição das despesas (BITTAR; MAGALHÃES, 2010, p. 187).

Na pesquisa de campo pode-se verificar que mensalmente são transmitidas informações, conforme citado acima, para a Secretaria de Estado da Saúde e são disponibilizados estudos mostrando comparações entre os hospitais ensino, mas não de forma frequente. Esse instrumento assemelha-se ao monitoramento orçamentário, do ponto de vista teórico, realizado pelo Estado.²¹

Pressupõe-se que, semelhante ao CQH, esse instrumento também pode ser relacionado ao processo orçamentário como uma ferramenta de adequação das atividades de consumo de recursos e assistência, comparado com o “mercado”. Sendo assim, o gestor tomaria decisões que adequassem a sua atividade ao desempenho das demais instituições, ou que as superassem.

Em suma, a pressuposta relação dos instrumentos de mensuração de desempenho e de *performance* com a tomada de decisão e com o processo orçamentário, obtida após análise documental, observação e entrevistas com pessoas-chave, está sintetizada na Tabela 5.

Essa tabela demonstra que o PMI estaria ligado ao planejamento de aplicação de recursos e do monitoramento das metas acordadas entre o HCRP e a SES/SP, sendo assim, os gestores alocariam esforços e decisões no sentido de cumpri-las. Sobre o PGV, a percepção foi de que ele poderia ser usado para o alinhamento entre os objetivos da instituição com os dos gestores clínicos.

O SAHE e o CQH podem ser utilizados como fonte de comparação da atividade da instituição com as demais instituições que fazem parte desses programas. Com isso, há a possibilidade de ajuste das atividades para se adequar ao realizado no “mercado”. No entanto, também há a possibilidade de ajustar as metas para superar o desempenho das demais entidades.

²¹ Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo.

Tabela 5 – Relação prévia (teórica) dos instrumentos com a tomada de decisão e com o processo orçamentário

Instrumento	Processo Decisório	Processo Orçamentário
PMI	Decisões voltadas ao cumprimento das metas para captação dos recursos atrelados a elas	Planejamento de alocação dos recursos e monitoramento das metas acordadas
PGV	Criação de indicadores e ajustes das atividades para atingir as metas determinadas	Alinhamento de objetivos entre a organização e o gestor
CQH	Decisões voltadas ao cumprimento das metas com o intuito de estar em um padrão, ou melhor, na comparação com os pares	Instrumento de <i>benchmarking</i> que pode auxiliar na elaboração de metas de assistência e consumo de recursos
SAHE	Adequação ou melhoria da atividade/consumo da instituição em relação ao praticado no "mercado"	Ferramenta de adequação das metas relacionadas ao consumo de recursos e a assistência

Fonte: Elaborado pelo autor

O tópico seguinte traz os resultados obtidos após a aplicação do roteiro semiestruturado aos gestores selecionados nesse estudo, e da análise de dados descritos nessa metodologia.

5 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados deste trabalho estão baseados nas entrevistas com pessoas-chave do hospital, nas entrevistas realizadas com os gestores clínicos selecionados, na análise documental e na observação referente à participação na reunião da CAPC. Trata-se da triangulação dos dados sugerida por Voss, Tsikriktsis e Frohlich (2002).

Foram realizadas as análises temática e de coocorrência nas entrevistas realizadas com os gestores clínicos e os resultados estão descritos abaixo.

5.1 Características dos Gestores

Antes da análise dos discursos captados pelo roteiro semiestruturado descrito na metodologia deste trabalho, que visa identificar a utilização do processo orçamentário, pelo gestor clínico, para tomada de decisão, foram identificadas as características principais dos gestores clínicos entrevistados.

De forma geral, essas características estão descritas na Tabela 6. Os gestores, a partir daqui, serão identificados pela sigla “Ex”, em que “x” demonstra o número do entrevistado. Portanto, no discurso e no decorrer do texto, aparecerão essas siglas.

Dentre os gestores estão nove do sexo masculino e seis do sexo feminino.

Com relação à formação, foram identificados quem são os gestores clínicos médicos e quem tem outra formação. Dentre estes, nove gestores têm formação médica e seis gestores têm formação não médica (enfermagem, farmácia).

Observa-se que os gestores selecionados estão, em média, há mais de 20 anos na instituição e ocupam cargo de gestão, em média, há 10 anos. Somente quatro gestores ocupam a função há menos de cinco anos. No entanto, alguns ocupavam função de apoio gerencial antes de assumir cargo de gestão.

Tabela 6 - Características gerais dos gestores (em anos)

Entrevistado¹	Gênero	Formação²	Idade	Anos Contratado³	Anos Gestão⁴
E1	Masculino	Médico	83	14	25
E2	Feminino	Não Médico	52	28	17
E3	Feminino	Não Médico	47	19	6
E4	Masculino	Médico	45	16	2
E5	Feminino	Não Médico	44	15	9
E6	Masculino	Médico	67	40	20
E7	Masculino	Médico	53	30	30
E8	Feminino	Não Médico	62	34	9
E9	Feminino	Não Médico	60	36	12
E10	Masculino	Médico	60	33	2
E11	Feminino	Não Médico	52	25	6
E12	Masculino	Médico	55	20	6
E13	Masculino	Médico	40	3	2
E14	Masculino	Médico	51	23	4
E15	Masculino	Médico	44	21	7
Média			54	24	10
Mediana			52	23	7
Desv. Pad			11	10	9
Mínimo			40	3	2
Máximo			83	40	30

Fonte: Elaborado pelo Autor

¹Entrevistado: é a identificação do gestor entrevistado que foi utilizada em todo o trabalho.

²Formação: identificação dos gestores que possuem formação médica e não médica.

³Anos Contratado: tempo de contratação que leva em conta todo o período de relacionamento com a instituição, e não somente o período que ocupa cargo de gestão.

⁴Anos Gestão: período em que efetivamente o gestor ocupa cargo de gestão.

5.2 Processo Orçamentário e o Gestor Clínico

A participação no processo orçamentário, juntamente com o conhecimento sobre o assunto foram tratados primeiramente. Após esse panorama, este tópico aborda os critérios utilizados, pelos gestores, para tomada de decisão observada no estudo de caso. Foi realizada a análise da percepção dos gestores frente aos programas de análise de desempenho/*performance* e, por fim, análise da percepção dos conflitos entre as lógicas administrativa e médica.

5.2.1 Percepção e Participação no Processo Orçamentário

A análise da utilização do processo orçamentário pelo gestor se deu, primeiramente, pela análise da importância e do entendimento que ele tem sobre esse processo.

De forma geral, eles veem que esse processo visa à captação, ao planejamento de aplicação e ao controle de recursos, com vistas para manter a assistência do hospital, dimensionar a atividade e auxiliar no atingimento dos objetivos da instituição.

Em relação à participação dos gestores nesse processo, o primeiro entendimento, obtido pelas entrevistas iniciais com pessoas-chave, foi de que há participação no processo orçamentário, no entanto, a principal participação fica com a alta gestão e os responsáveis por setores financeiros. É um processo com participação predominante desses setores, já que é elaborado a partir de um histórico ajustado por investimentos.

Há a interação com o orçamento ao elaborar a programação de materiais, cujos valores já estão predefinidos, ou seja, há um teto de gasto definido para o setor, no entanto, não há valores pecuniários motivando o gestor a cumprir os gastos planejados, ou até mesmo reduzi-los. A participação e a motivação são apontadas com relação direta com o esforço empregado para atingir as metas orçamentárias (SEARFOSS; MONCZKA, 1973, p. 541), isso possivelmente reduziria custos de transação, conforme apontado pela literatura.

A discussão sobre o conhecimento, participação, consulta e metas atreladas ao orçamento estão baseadas na Tabela 7.

Quando discutido sobre o conhecimento do processo orçamentário da instituição, a maioria dos gestores clínicos (80% ou doze gestores) aponta conhecimento amplo desse processo, ou seja, do planejamento e de dados de forma geral, sem profundidade em relação à forma de elaboração, do total de recursos destinados à instituição, recursos destinados para as demais áreas do hospital, e resultado de monitoramentos. Dois deles (ou 13% deles) citaram ter um bom conhecimento do orçamento e três gestores apontam desconhecer esse processo.

Esse conhecimento mais geral do processo se mostra devido à participação se dar predominantemente pelo planejamento de materiais do setor (apontado por 87% dos gestores), confirmando os dados iniciais obtidos por meio de entrevistas com pessoas-chave.

Tabela 7 - Resumo da percepção do gestor frente ao processo orçamentário da instituição

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15
Conhecimento do Processo Orçamentário ¹	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
Participação no Orçamento ²	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Orçamento e Tomada de Decisão ³		X	X		X		X	X	X		X	X	X		X
Metas Areladas ao Orçamento ⁴		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X

Fonte: Dados da Pesquisa

¹ O Conhecimento do Processo Orçamentário foi uma das perguntas que consta no roteiro de entrevista semiestruturada. Portanto, esse conhecimento foi indicado pelo gestor clínico entrevistado.

² A Participação no Orçamento foi medido pela análise do discurso de cada entrevistado. Alguns entrevistados apontaram que não participam desse processo, no entanto, posteriormente apontou a participação no planejamento de materiais do setor, o que foi considerado como participação.

³ Este item também faz parte do roteiro de entrevista semiestruturada, foi discutida a consulta do orçamento para a tomada de decisão, e essa, portanto, é a percepção do gestor quanto a essa utilização. Não foi questionado o nível da decisão, se é estratégico ou operacional, pois tentou-se verificar a utilização do orçamento como um todo. Mesmo assim foi possível obter essa percepção, que está descrita nos resultados.

⁴ Este item identifica a percepção do gestor em relação a existência de metas atreladas ao orçamento da instituição. Sendo assim, essa é a percepção dos gestores em relação a essa existencial.

Ressalta-se que os gestores que apontaram ter um bom conhecimento do orçamento citaram participação a mais, além do planejamento de materiais.

(...) participo em várias instâncias, desde a hora que estou atendendo o doente estou participando, estou definindo ali o que é mais custo efetivo, quer dizer, vamos fazer o que não é tão dispendioso, mas que dá um bom resultado. Até na hora em que estamos participando de diferentes colegiados, quando nós estamos priorizando isso ou aquilo, a gente tem que ter uma noção se isso cabe dentro do orçamento do hospital ou da própria fundação. (...). E7.

O gestor E7 demonstra o entendimento de que todas as suas atitudes podem impactar no orçamento. O entrevistado E15, que também indicou um bom conhecimento, mencionando sua participação no planejamento de recursos que serão destinados para a sua unidade. Ambos os gestores possuem, ou possuíam, atividades ligadas diretamente à área administrativa da instituição.

Os gestores entrevistados, que estão mais próximos à atividade fim (gestores definidos no item 3.2.2) apresentam características semelhantes, em relação à participação e ao conhecimento do orçamento apontado pela maioria dos gestores. Sendo assim, não foram encontradas diferenças que merecessem destaque nesse aspecto. Esses gestores estão identificados como: E2, E3, E6, E9, E11 e E13.

Importante ressaltar que somente um dos gestores acredita não ser importante a participação nesse processo, justificando que a administração juntamente com o sistema de programação de materiais já são suficientes para isso. Os demais gestores acreditam que a experiência e o conhecimento técnico auxiliam nesse planejamento, mesmo que seja para planejamento de materiais da unidade.

Verifica-se, portanto, que a participação dos gestores na elaboração do orçamento da instituição é, para a maioria dos gestores, limitada ao planejamento de materiais do setor, que conta com a inclusão, alteração e exclusão de materiais, mantendo o teto de gastos já estipulado para o setor.

Um dos gestores (E4) apontou que ele toma maior conhecimento do orçamento quando há reuniões entre a administração e os gestores para discutir esse assunto. Sete gestores citaram que essas reuniões são esporádicas, por convocação, conforme a necessidade de se reduzir gastos.

Essa convocação, aparentemente, independe da hierarquia do setor, se considerar a informação dos gestores clínicos entrevistados.

Dois outros gestores (E11 e E14) contribuíram com esse ponto de vista, pelo qual há somente a exposição de números, sem tomada de decisão por parte dos gestores, as reuniões são expositivas em relação às necessidades da instituição, por exemplo, a de corte de gastos.

Percebe-se, portanto que a ordem é transmitida pela hierarquia, no entanto, há a preocupação em manter o nível e a quantidade de atendimentos, nas condições em que cada gestor considera como ideal, quando há a solicitação de cortes de gastos. Nesse ponto há a possibilidade de o gestor entender as metas atribuídas a ele (como o corte de gastos) como ambíguas, pois não há um significado claro de como atingir esse objetivo.

Também, dois gestores (E8 e E15) apontaram que há reuniões semanais entre eles e a superintendência e, dentre outros assuntos discutidos, há a discussão do andamento do orçamento da instituição, mas somente conforme a necessidade de discussão desse assunto. Esses gestores participam da linha de hierarquia superior se considerar os entrevistados deste trabalho.

Os gestores clínicos específicos da Divisão de Enfermagem citaram a realização periódica de reuniões internas do setor, em que há discussão do andamento orçamentário, juntamente com o planejamento de materiais que conta com a modificação ou manutenção dos itens.

Verifica-se que 87% destes (ou treze) citaram que seu planejamento é realizado ao final do ano para o período seguinte. Ao considerar as escolhas intertemporais dos gestores entrevistados, foi citado que elas podem ser influenciadas pelas ferramentas de gestão que a entidade utiliza (MERCHANT, 1990, p. 311). Apesar de a entidade possuir o PPA, há um aparente foco das escolhas dos gestores no curto prazo, pois o planejamento do setor é efetuado somente para o período seguinte. Sendo assim, há uma aparente influência das ferramentas de gestão na tomada de decisão dos gestores entrevistados.

Somente um dos gestores apontou que a sua gestão é baseada em projetos de longo prazo, além da participação de planejamento de materiais citado pelos demais gestores. Esse gestor é responsável por uma relevante unidade na instituição e participa de projetos de longo prazo, como a ampliação da unidade que, conforme mencionado, pode se realizar em dez anos.

Focando no andamento do orçamento, caso aconteça alguma atividade, procedimento ou consumo de recursos que esteja fora do orçamento do setor, ou que o extrapole, os gestores foram unânimes em citar que há a solicitação de complementação feita à administração que, conforme análise, autoriza ou não. Quanto a isso foi observado que os gestores não veem conflitos nessa solicitação. Isso pode ser justificado com a seguinte transcrição de um dos entrevistados, e compartilhado com os demais.

(...) em algumas situações nós resolvemos dessa forma, nós priorizamos, e aí a gente procura compartilhar com a própria administração (...) mas apesar das dificuldades, da demora, a maioria dos equipamentos nunca deixou de ser adquirido, quando ele é vital para o paciente. E8.

Outra questão é o consumo de materiais que determinado paciente pode necessitar e, conforme citado por outros gestores, isso é passado para a administração e essa “reposição” geralmente é aprovada.

Pelo entendimento que se teve em relação a demais gastos de consumo, ou compra de equipamentos para o setor, há uma negociação com a administração e os gestores podem fornecer uma “contrapartida”. Essa contrapartida (palavra utilizada pelos gestores) se baseia na verba que o setor tem disponível²² e que pode servir para custear uma parte do material de consumo, ou equipamento, que o setor solicitou à administração.

Verificou-se, também, que, comum a essas solicitações extra orçamentárias, a autonomia do gestor em relação à ampliação do quadro de funcionários e/ou do espaço físico local é limitada, pois ocorre conforme a disponibilidade de recursos, para esses fins, que a instituição tem. Os setores apontam as necessidades e a administração prioriza essa alocação conforme a ampliação de recursos do Tesouro do Estado.

Após essa análise do conhecimento e a participação do gestor no processo orçamentário, foram analisados os discursos relacionados ao orçamento e a tomada de decisão do gestor. A distribuição dos achados está apresentada na Figura 5. Ressalta-se que a distribuição dos gestores se deu de forma aleatória.

Quando citada a consulta do orçamento para a tomada de decisão, 67% dos gestores (ou dez gestores) citaram que realizam essa consulta, principalmente no que

²² Recurso destinado ao setor, do Faturamento SUS, referente à sua produção no período. Vide item 3.2.

tange a incorporação de novas tecnologias e o planejamento do consumo para o próximo ano.

Figura 5 - Utilização do orçamento para tomada de decisão

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os gestores que citaram não consultar o orçamento para tomada de decisão são todos profissionais médicos. Ao analisar três gestores, desses cinco, verifica-se que são os mesmos gestores que citaram a falta do conhecimento, ou conhecimento de forma não aprofundada do orçamento, e que também não participam do planejamento de materiais do setor. Um dos gestores mencionou que:

(...) nunca tive acesso ao orçamento. Tenho a planilha de material daqui, mas o planejamento da instituição, sobre o que ela pensa que eu deveria fazer, nunca fui comunicado. E14.

Os demais gestores que citaram não consultar o orçamento da instituição para tomada de decisão disseram que têm uma planilha eletrônica de acompanhamento do consumo de material do setor.

Pode-se verificar, portanto, que os gestores que têm a percepção de participar do processo orçamentário da instituição, consultam o orçamento para tomada de decisão. A literatura aponta que a participação no processo orçamentário é uma característica dessa ferramenta (LU, 2011, p. 6.263), e que essa participação pode motivar o gestor a atingir as metas definidas, desde que também haja motivação (SEARFOSS; MONCZKA, 1973, p. 541). Ressalta-se, também, que a literatura suporta a hipótese de que essa participação pode aumentar o desempenho dos hospitais (ABERNETHY; BROWNELL, 1999, p. 199).

Ao discutir, com os entrevistados sobre a presença de metas orçamentárias, somente um dos gestores, que alegou desconhecimento do orçamento, argumentou não conhecer tais metas.

Dentre os demais gestores, cinco observaram como meta o limite de recursos imposto pelo centro de custo, ou seja, o teto de recursos que cada gestor tem. Além disso, três gestores identificaram, como metas atreladas ao orçamento, indicadores ligados à “produção”, à “assistência”, ao “número de exames”, ou seja, indicadores ligados ao consumo dos recursos.

É possível perceber, portanto, que há participação e percepção do processo orçamentário pelos gestores. Além disso, há preocupação em manter o consumo dentro do estipulado para o período. Destaca-se que os procedimentos que estão fora do orçamento ou que o extrapolem são discutidos com a administração que verifica, em conjunto com os gestores, o possível risco e benefício que o paciente incorre.

O próximo tópico tratará da análise dos critérios para a tomada de decisão percebidos na análise de conteúdo aplicada a base de dados deste trabalho.

5.2.2 Critérios para Tomada de Decisão

Os gestores foram questionados quanto aos critérios utilizados para tomada de decisão. Ao todo foram citados 45 critérios que estão descritos na Tabela 8. A seguir será demonstrada as etapas realizadas para a confecção dessa tabela.

Tabela 8 - Critérios de tomada de decisão apontados pelos gestores

	TOTAL															Qtde.	%
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15		
Tratamento do Paciente ¹				1	2	3	2	2	1		4		3		1	19	42%
Gastos ²		1		1	3		1					1	1	1	2	11	24%
Tecnologia ³									1			1				2	4%
Qualidade ⁴		1				1								1		3	7%
Necessidade de Troca ⁵										1			1			2	4%
Normatização ⁶									1			1				2	4%
Outros ⁷	1	1	1	2						1						6	13%
TOTAL	1	3	1	4	5	4	3	2	3	2	4	3	5	2	3	45	100%

Fonte: Dados da Pesquisa

¹ Tratamento do Paciente: risco para o paciente, questões clínicas e epidemiológicas, confiabilidade e rapidez no diagnóstico, evidência científica, melhoria do procedimento, praticidade, sofrimento do paciente;

² Gastos: consumo, custo, impacto orçamentário, estoque, custo do protocolo clínico, investimento;

³ Tecnologia: atualização tecnológica, evolução tecnológica;

⁴ Qualidade: qualidade;

⁵ Necessidade de Troca: necessidade de substituição, obsolescência;

⁶ Normatização: normatização, questões legais; e

⁷ Outros: administração, recursos humanos, análise em grupo, abrangência da utilização, estratégia do hospital, demanda das especialidades.

Para confeccionar essa Tabela 8, os discursos dos entrevistados foram primeiramente submetidos a uma pré-análise que consistiu na organização dos discursos e identificação, dentro do roteiro semiestruturado, das questões que se referiam a Critérios de Tomada de Decisão.

Após isso, foi realizada a exploração do material como um todo, para identificar se o discurso obtido nas demais perguntas realizadas aos entrevistados apresentou elementos que possam contribuir com o tema mencionado.

Os discursos levantados nas duas etapas acima foram submetidos à análise temática, efetuada pelo *software* Sphinx. A frequência dos termos foi agrupada em temas conforme a semelhança do significado. Alguns termos aparecem apenas uma vez, no entanto, são relacionados à tomada de decisão do gestor e, portanto, também foram considerados.

Essas fases realizadas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados é indicada por Bardin (2011) como fundamentais para a realização da análise de conteúdo.

Observa-se que os critérios relacionados ao tratamento do paciente ocorrem com maior frequência se os comparar aos demais. Entre os nove gestores (ou 60%) que citaram o tratamento do paciente se destacam critérios como: risco para o paciente, questões clínicas e epidemiológicas, sofrimento do paciente, confiabilidade, aumento da segurança do paciente. Desses, seis são médicos, o que corrobora com autores (MARCH; OLSEN, 1989; NYLAND; PETTERSEN, 2004) que citam a possível orientação do corpo clínico guiado pela lógica da *appropriateness*.

Foi detectado que, possivelmente, na fase inicial da decisão o componente custo pode não ser levado em consideração no processo de tomada de decisão do gestor. Nas entrevistas foi observada a seguinte passagem comum a dois gestores:

*(...) nós fazemos pesquisa e nossas pesquisas não deixam de levar em consideração isso (evidência científica), o que é melhor em termos de resultados clínicos e é óbvio que na fase inicial esse componente despesa e custo ele não está embutido, mas é uma preocupação (...)*E7.

Corrobora esse aspecto a incorporação de tecnologia realizada por determinado setor, que é por meio de um parecer, mas que não necessariamente inclui o componente impacto orçamentário. Essa citação abaixo resume a preocupação:

Nem sempre o parecer considera o custo, às vezes, também, quem avalia isso não tem esse conhecimento refinado dessa questão do impacto. Então você percebe que essa avaliação é muito clínica, (...).E5.

Detectou-se também que pode haver dificuldades na instituição em levantar qual o real custo do procedimento, ou do paciente, pois não é uma informação que, a princípio, está clara. Ressalta-se que há uma complexidade em determinar os custos hospitalares, consequência da presença de uma diversidade de produtos (BONACIM; ARAUJO, 2010, p. 905). Evidência desse assunto pode ser verificada na seguinte passagem:

O hospital, em contrapartida, ainda não está preparado para dar esses dados (custo) para a gente. Quando você tenta fazer uma análise dessa, é muito difícil porque tem uma dificuldade enorme em saber quanto custa esse paciente por dia? Para conseguir esse dado precisa passar por n lugares dentro do hospital, tem que garimpar, tem que buscar o custo daquele material que ele usou, aí tem que multiplicar, verificar quanto custou a sonda, o cateter, isso tudo demanda muito tempo. A gente não tem força de trabalho e tempo que de conta de fazer esse tipo de análise, então muitas vezes isso fica comprometido (...).E5.

Esse componente “Custo”, incluído na variável “Gastos”, foi relacionado por cinco gestores. Além desse item, também foi citado “consumo de recursos”, “estoque”, “impacto orçamentário”, “impacto no custo do protocolo clínico”, “investimento”.

Foi citado que a análise do impacto da utilização de um novo procedimento, ou da tomada de decisão, não tem que levar em conta somente o custo do item e, sim, do impacto no procedimento, ou protocolo, como um todo. Por exemplo, a tomada de decisão de aquisição de um medicamento, necessário para o tratamento do paciente, que tenha um custo mais elevado do que o utilizado, pode impactar no tempo de internação, que impacta no consumo de outros materiais. Sendo assim, há a aparente necessidade de analisar o impacto da tomada de decisão como um todo, e não especificamente em um

determinado item. Esse tipo de decisão assemelha-se à tomada de decisão relacionada ao conceito de farmacoeconomia.²³

Ao relacionar a formação dos gestores entrevistados com os temas “Tratamento do Paciente” e “Gastos” observa-se a distribuição conforme Figura 6. Ressalta-se que a distribuição dos gestores se deu de forma aleatória, sem qualquer medida de distância entre eles.

Essa Figura demonstra quais gestores citaram pelo menos um critério em cada tema mencionado. Dos nove médicos entrevistados, seis utilizam critérios relacionados aos dois temas, mas não necessariamente são os mesmos médicos. Quatro deles utilizam critérios de ambos.

Observa-se, também, que os gestores mais próximos à atividade fim do hospital (6 gestores no total, mencionados no item 3.2.2), que aparecem nessa Figura (4 gestores: E6, E9, E11 e E13), utilizam critérios voltados para o Tratamento do Paciente. Somente o E13 apontou que também utiliza pelo menos um critério agrupado no tema Gastos. Há uma aparente evidenciação de que quanto mais próximo o gestor se encontra da atividade fim do hospital, mais o foco volta-se para a assistência.

Figura 6 - Relação da formação dos gestores com os temas Tratamento do Paciente e Gastos

Fonte: Elaborado pelo autor.

²³Farmacoeconomia representa uma linha de pesquisa que, dentre outros objetivos, analisa o custo e os resultados na escolha de alternativas terapêuticas (HERRERA, 2004, p. 446; SECOLI *et al.*, 2005, p. 290)

Esse assunto relaciona-se também com a qualidade, que foi definida por um dos gestores como “menor tempo de internação, com o melhor resultado para o paciente” (E14).

Há também argumentos citados em que essa análise teria que extrapolar o ambiente físico do hospital, pois também teria que levar em conta, nessa tomada de decisão, o custo social daquele paciente, ou seja, tempo de afastamento do serviço, cuidados pós-tratamento, para, aí sim, tomar a decisão mais correta.

*(...) se eu fizer a cirurgia por furinho, vou ter uma redução de complicação, infecção, hérnia, esse paciente vai voltar a trabalhar muito mais cedo, então a dimensão de custo no nosso caso não é feita pontualmente aqui dentro do hospital, quero saber o custo social disso, se o doente não teve complicação se ele voltou a trabalhar logo (...). Pode ser caro agora, para esse procedimento, mas para a sociedade é muito mais barato (...).*E7.

Esse comentário, especificamente no que diz respeito à “cirurgia por furinho”, também está relacionado à incorporação tecnológica de itens e equipamentos, em que dois gestores citaram a pressão externa de se incorporar esses novos itens. Um deles mencionou que:

*Essa pressão vem dos residentes que estão buscando e pesquisando procedimentos novos, dos pacientes que consultam a Internet e comentam sobre tratamentos pesquisados. Também há a análise entre os pares, quando docentes, e pela sociedade.*E7.

Como a instituição estudada está ligada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, os gestores, possivelmente, poderiam sofrer influência dela, e isso também foi analisado no discurso. Todos os gestores citaram sobre essa influência. Desses, 47% (ou sete) não percebem influência, enquanto os demais sim. Os que percebem essa influência a percebem no quesito de ensino e pesquisa que, pela percepção deles, está muito próxima à assistência. Essa percepção de influência não é exclusiva dos gestores que também são docentes.

A variável “outros”, apresentada na Tabela 8, refere-se a critérios citados uma vez e por um gestor, são eles: recursos humanos, abrangência da utilização do material,

estratégia do hospital, relevância, melhoria de condição de trabalho do corpo clínico e demanda das especialidades. Esses critérios, analisado no contexto da resposta, não foram passíveis de alocação nas outras variáveis.

Pode-se ressaltar, portanto, com base nesses resultados, que há uma aparente tomada de decisão centralizada na melhoria de condições para o paciente. No entanto, o componente impacto orçamentário, mesmo com a aparente dificuldade em analisar o custo, não é deixado de lado, uma vez que os gestores citaram preocupação com esse aspecto, mas a análise precisa ser ampla, ou seja, a tomada de decisão precisa considerar o impacto no procedimento como um todo, e não somente no custo de determinado item.

Observa-se, também, que alguns gestores percebem a melhoria de condições e do tratamento do paciente com impacto direto no orçamento, pois a tentativa é de diminuir a permanência do indivíduo dentro do hospital, diminuindo assim o consumo de recursos por ele realizado. Ainda, há a percepção do impacto social que o procedimento pode trazer para o indivíduo.

5.3 Programas de Mensuração de Desempenho/*Performance* e o Gestor Clínico

O roteiro de entrevista semiestruturada também teve o objetivo de capturar a percepção do gestor em relação aos programas que a instituição tem, e como que eles os relacionam com o processo orçamentário da instituição.

Foi solicitado aos gestores que discorressem sobre a importância percebida em relação a esses programas. De forma geral, os gestores percebem essa importância pautada em dois aspectos principais: auxílio na gestão e visão externa.

De acordo com o que foi citado pelos gestores, esses indicadores transformam as ocorrências e o trabalho em números, e isso facilita o acompanhamento. Além disso, esses indicadores ajudam na mudança dos processos, da rotina, de forma “bastante visível”, conforme citado por um dos gestores (E5).

Esses indicadores também auxiliam o gestor a argumentar com o corpo clínico em relação às atividades necessárias para a instituição, conforme observado nesse argumento:

Acho que eles facilitaram muito essa briga que existe entre o entendimento do que o médico quer fazer (...), e o que é importante em termos de gestão e segurança para o paciente (...). E15.

Sendo assim, aparentemente, possibilita o alinhamento de objetivos entre a instituição e os gestores.

Quatro gestores apontaram a importância do olhar externo que esses indicadores fornecem. Destacam-se três falas sobre esse assunto.

(...) porque as vezes você acha que está fazendo tudo certinho e vem uma pessoa de fora e te dá uma ideia melhor (...).E2.

(...) Esses indicadores pautam a nossa rotina, então quando você tem a apresentação desses resultados aí, sem dúvida isso é fonte de discussão para os serviços, e nós nos comparamos (...). E7.

(...) Acho que o caminho da saúde é esse, não dá mais para se fechar e falar que tudo aqui é bom, sem nenhuma avaliação externa, é necessário isso (...). E10.

Percebe-se que a comparação, seja externa ao setor ou externa a instituição, é vista como fonte de benefícios pelos gestores, pois auxilia na melhoria de procedimentos e na qualidade dos processos realizados.

Dentre os instrumentos de mensuração de desempenho/*performance* utilizados pela instituição, sete gestores (47%) percebem o CQH mais próximo da tomada de decisão diária, justificado pela atenção contínua a qualidade do atendimento prestado ao paciente. Quatro gestores (27%) citaram o PGV como próximo à gestão. O PMI e o SAHE são percebidos como importantes pelos gestores, mas, aparentemente, não faz parte da tomada de decisão diária deles.

Há evidências de que as organizações hospitalares priorizariam o atendimento e a satisfação do cliente (OYADOMARI *et al.* 2014, p. 25). Uma aparente maior atenção dada ao CQH e o PGV, que são programas voltados para a qualidade da assistência médica, conforme observação, contribui com as evidências citadas.

Como o SAHE tem o objetivo de coleta de dados dos hospitais contratualizados, e a divulgação das comparações são periódicas, sem datas específicas, os gestores entrevistados não perceberam proximidade com sua tomada de decisão. Um resumo da percepção dos gestores está na Tabela 9.

Tabela 9 - Percepção dos gestores em relação aos programas de avaliação de desempenho/*performance*

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15
Instrumentos e Alocação de Recursos ¹		X			X		X	X		X		X			
Citou a utilização do PMI ²															
Citou a utilização PGV ²			X		X				X		X				
Citou a utilização CQH ²		X	X		X			X	X			X	X		
Citou a utilização SAHE ²									X						
Citou a utilização Outros ³		X		X					X				X	X	

Fonte: Elaborado pelo autor.

¹ Foi questionado quanto a utilização dos instrumentos utilizados pela instituição e sua utilização para alocação de recursos.

² Apesar de não fazer parte do roteiro semiestruturado, questionou-se durante as entrevistas, e após a discussão sobre a relação desses instrumentos com a tomada de decisão, quais os instrumentos que o gestor utiliza para tomada de decisão.

³ Além dos instrumentos já citados, alguns gestores citaram a utilização de outros para complementar a informação para tomada de decisão. Entre eles, foi citado o SMILE, Pesquisa de Satisfação e Ouvidoria.

Os gestores conhecem, também, a importância do PMI para a instituição, responsável pelo recebimento da parte variável do Faturamento SUS. Apesar da percepção inicial, obtida por meio de entrevistas com pessoas-chave, de haver uma maior proximidade dos gestores com o orçamento após a adoção do PMI, devido à divulgação das metas aos gestores, eles não citaram o programa como próximo a tomada de decisão.

Possivelmente, e observado em participação em reunião, esse programa (PMI) ficaria sob responsabilidade da comissão externa (a CPAC) e da comissão interna. Essas comissões discutem formas de garantir que as metas acordadas sejam cumpridas e, por isso, acompanham o seu cumprimento. Essas funções estão de acordo com o regimento da comissão.

De forma geral, os gestores citaram que esses programas alteraram seu processo de tomada de decisão, pois há um controle maior, sai do “achismo” e os dados são comprovados com números, houve mudanças nos processos, modificação e aprimoramento dos procedimentos e apontam deficiências a serem sanadas.

Doze gestores (ou 80%) apontaram que são cobrados pelas metas desses indicadores. Essa cobrança se dá pela apresentação de relatórios, constando o acompanhamento das metas a que o gestor está responsável.

Os discursos foram analisados quanto à possível utilização desses programas para a tomada de decisão de alocação de recursos, ou de auxílio no processo orçamentário. Seis gestores (40%) citaram que utilizam esses programas para alocação de recursos. Um dos gestores afirmou “meu planejamento é através dele” (E2), demonstrando a importância desses programas para si. Contrário a isso, os demais gestores não enxergam esses indicadores úteis para esse tipo de decisão.

Ao incluirmos a formação do gestor nessa comparação, observa-se que a maioria dos gestores médicos entrevistados não utiliza esses programas para alocação de recursos. Entre os não médicos, 50% citou utilizar e 50% não. Isso está demonstrado na Figura 7. Ressalta-se que os gestores foram distribuídos, nessa figura, de forma aleatória.

Figura 7 - Relação da formação com a utilização dos instrumentos para alocação de recursos

Fonte: Elaborado pelo autor

Complementando a análise acima, foi solicitado, portanto, que os gestores descrevessem a utilidade desses programas. As mais citadas foram: controle da atividade e melhoria da qualidade.

Os indicadores voltados para a assistência têm a capacidade de auxiliar no planejamento e controle do consumo de recursos, o que é percebido por alguns gestores. No entanto, alguns setores como, por exemplo, o da enfermagem, contam com indicadores do PGV como: queda, flebite, úlcera por pressão e tromboembolismo. Esses indicadores são pautados pela qualidade do atendimento e, não necessariamente, pela aplicação de recursos. Sendo assim, o gestor pode não utilizá-los, como afirmado em entrevista, para planejamento de recursos. Portanto, alguns programas podem ser percebidos pelos gestores como independentes ao processo orçamentário na tomada de decisão. No entanto, ressalta-se que caso estes indicadores necessitem ser reduzidos, há a necessidade de planejamento de investimentos em equipamentos para essa finalidade.

Considerando que os instrumentos estão alinhados com os objetivos da organização, e que os gestores utilizam esses instrumentos para as finalidades citadas, pode-se dizer que esta entidade possui controles de gestão (ABERNETHY; CHUA, 1996).

Portanto, se considerar o processo orçamentário, o PMI, o PGV, o CQH e o SAHE como sistemas de controle de gestão, há evidências de que a tomada de decisão de oito gestores (ou 53%) é realizada utilizando um pacote de ferramentas de gestão. Desses, 50% utilizam mais que dois sistemas.

Além disso, ao analisar essa possível orientação para o atendimento do paciente, pode-se inferir que há uma aparente gestão para resultados, pois há um estabelecimento de metas desses indicadores, ou resultados desejados, que são voltados para assistência, e há monitoramento desses resultados, por parte da administração, e isso pode permitir ações corretivas e redefinição de metas que podem permitir o atingimento dos objetivos da instituição. A gestão por resultados segue esse fluxo (GOMES, 2009, pg. 69; PORPINO; STEFANI, 2014, pg. 347).

5.4 Percepção de Conflitos entre as Lógicas Administrativa e Médica

Este tópico tratará da percepção dos gestores em relação à existência de conflitos, conforme apontado pela literatura, das lógicas administrativa (*appropriateness*) e médica (*consequentiality*).

Quando mencionada a expressão “conflitos entre administração e médicos”, de todos os gestores, somente um apontou a inexistência de conflitos (E3). Os demais gestores apontam a existência principalmente na questão de incorporação de novas tecnologias, e novos procedimentos, e a limitação de recursos da instituição.

Pode-se perceber isso na seguinte fala:

Os conflitos são em geral na dissociação entre aquilo que é recomendado, na atualidade, para a melhor assistência médica, e aquilo que é previsto na administração da saúde pública. Existe um ideal do atendimento e existe uma administração que não tem essa elasticidade de mudar as coisas de uma hora para outra (...).E1.

Apesar da existência desse tipo de conflito, alguns gestores apontaram que “são de forma respeitosa”, ou seja, há discussões e entendimento da limitação e riscos de ambas as partes.

(...) tem uma compreensão dos administradores quando recebem as nossas pressões e vice-versa, nós também compreendemos a limitação dos administradores (...).E7.

(...) às vezes ele (médico) deseja uma coisa que no momento não dá para ser feito, mas nada que a gente não estude junto com eles para ver a possibilidade no pequeno médio e longo prazo (...).E2.

Mas, para decisões que são mais urgentes, foi evidenciado que há a priorização do paciente quando há alto risco.

De um modo geral os gestores não médicos têm na maioria das vezes muito clara a importância da atividade fim nossa, que são os pacientes, então a gente nunca teve problema de, por exemplo, o paciente não ser priorizado (...).E12.

É uma briga boa, mas na maior parte das vezes que envolve risco para o paciente o médico prevalece, a opinião técnica prevalece (...).E4.

Além disso, pela resposta de determinados gestores, foi possível observar que há a percepção de ser membro intermediário do conflito, entre corpo clínico e a administração, corroborando com os achados de Nyland e Pettersen (2004). Isso foi percebido pela seguinte fala de um gestor:

(...) a classe médica tem um olhar diferente para as coisas do que a administração, então é difícil porque o médico está sempre querendo resolver os problemas do paciente, não importa a que custo, e a administração a gente sabe que não dá, os recursos são finitos e as necessidades infinitas, então a gente fica sempre no meio disso, então a gente precisa atender a ponta, mas ao mesmo tempo você tem que atender a administração porque ela fala “olha você não vai ter esse dinheiro, vai ter que diminuir, vai ter que economizar”, então a gente fica no meio dessa roda (...). Ao mesmo tempo que você fala “não” você escuta que o paciente vai morrer, que vou fazer um boletim de ocorrência contra você, e isso acontece toda hora. Se você não

fornece, você é o vilão da assistência, mas se fornece é ingerente, então você fica no meio dessa coisa maluca aí (...). E5.

Também foi mencionado pelos gestores que os docentes poderiam não ter a visão do todo do hospital, limitando-se somente à melhoria de sua disciplina. Isso foi evidenciado pelas seguintes passagens:

Os docentes, por exemplo, sempre trabalharam com muito individualismo, então cada equipe trabalhou em prol do seu serviço, criando assim, locais direcionados para aquela equipe (...).E11.

Os professores têm uma certa tendência, que é natural, em ver a própria disciplina como a mais importante do hospital, todos veem assim (...).E10.

Mas, também, foi percebida uma mudança recente nesse comportamento, conforme apontado por um dos gestores.

Hoje a visão está um pouco mudada, que há a necessidade de mudanças dentro da instituição que exige que os docentes, as disciplinas, olhem com outros olhos, olhem mais ao redor para o hospital como um todo, com as necessidades que a instituição precisa e não com as necessidades que cada disciplina precisa (...).E11.

Por meio das entrevistas, portando, foi possível obter evidências de que o conflito apontado pela literatura é existente no hospital em estudo, e que a vida do paciente é priorizada. Há a percepção, por determinados gestores entrevistados, de que eles ficam no meio de um conflito no qual precisam atender a assistência mas, ao mesmo tempo, há a escassez de recursos. Esses achados são semelhantes aos de Nyland e Pettersen (2004).

Além disso, foi mostrado um aparente individualismo dos docentes das disciplinas, mas que também essa visão está em processo de mudança. Os indicadores, dos programas de avaliação de desempenho/*performance*, podem ser um dos responsáveis por essa mudança. Um dos gestores (E15) cita que esses programas são

“argumentos na briga do que o corpo clínico quer fazer e o que é importante em termos de gestão, segurança para o paciente e infraestrutura”.

Também, há a limitação orçamentária, na qual os recursos são escassos e há a impossibilidade de atendimento dos pedidos de todos os gestores e disciplinas. Caberia, portanto, à administração priorizar os pedidos e realizá-los conforme disponibilidade de recursos.

Nas entrevistas também houve discussão referente à preocupação do médico em relação ao orçamento da instituição. Dez gestores (ou 67%) informaram que não há essa preocupação. Dois gestores informaram que, na percepção deles, há uma dificuldade de conscientização dessa parte. Outro gestor (E4) citou que “a maioria pensa que é responsável pela parte técnica e a administração tem que se virar”.

Ressalta-se que dez gestores manifestaram que o corpo clínico deveria ter essa preocupação, esse argumento esbarra na reivindicação histórica dos médicos de que as decisões deveriam se basear em padrões profissionais e não de acordo com qualquer lógica econômica (HOPWOOD, 1992; NYLINDER, 2011).

Outros dois gestores informaram que a possível não observância do processo orçamentário da instituição pode ser devida à falta de informação, ou seja, há um desconhecimento, pela parte médica, de como o orçamento é confeccionado e quais fontes de recursos cobrem tais despesas.

(...) nós não temos uma informação clara de como funciona o processo orçamentário, até para que eu possa orientar o meu profissional, “olha, eu preciso de tantos cateteres, mas o SUS paga”, aí eu falo, “não, o processo orçamentário do hospital é diferente e isso entra um pacote fechado”, “ah, mas todo mundo diz que é verba SUS, o SUS repassa o dinheiro de volta”, “mas ele repassa num pacote”.E14.

Outro motivo apontado, justificando a não observância do processo orçamentário pelo corpo clínico, é que parte dos prescritores é residente e, ainda, podem não ter conhecimento suficiente dos procedimentos implicando desperdício de material. Oito gestores (53%) se manifestaram a respeito desse assunto. Um deles citou que:

(...) Acho que qualquer um, desde o médico, farmacêutico, enfermeiro, de todo mundo, porque qualquer lugar que você assume hoje a questão orçamentária, a questão de gestão, não só de dinheiro, mas de pessoas, não tem como. E não consigo enxergar isso nos residentes que chegam, não sei se eles tem isso na grade, as vezes até pode ter, mas não está sendo efetivo, porque eles não tem essa consciência de jeito nenhum (...). E5.

Foi evidenciado, em entrevista, que os residentes não realizam o procedimento conforme deve ser realizado, e há dificuldade em entender o processo de trabalho.

(...) eu não percebo, e não sou só eu, a gente conversa muito com outros diretores, a equipe mesmo, nós não percebemos a preocupação da equipe médica, principalmente pelos residentes. Existe assim um desperdício muito grande de papel (...), não temos toner atualmente, está em falta o toner para impressão. Então, parece que eles estão trabalhando em outro mundo, parece que eles não sabem o que está acontecendo, é papel, é desperdício em pedidos de exames, que já foi (...).Esse sangue já foi colhido de manhã pela coleta, porque está aqui de novo? Mas nós não conseguimos rastrear tudo isso, mesmo porque não é o trabalho nosso, nós temos o nosso trabalho ali e para fazer isso nós temos que deixar de fazer o nosso trabalho, mas sempre que a gente consegue. E11.

Um dos gestores justificou esse ponto que “residentes não têm muita percepção do que acontece, por uma questão de aprendizado” (E15).

Dois gestores compararam a preocupação orçamentária entre médicos e residentes e falaram que “o *staff* de médicos é preocupado, pois a maioria trabalha fora e são acostumados a ter o valor do convênio, valor do equipamento” (E12). Outro disse que, “os residentes terão essa preocupação depois que saírem do hospital” (E13).

Portanto, percebe-se que há certa convergência de pensamentos em relação ao possível consumo demasiado de recursos pelos residentes. Gestores médicos concordam que essa é uma etapa do aprendizado, no entanto, gestores da enfermagem preocupam-se com esse consumo, com receio que o orçamento não o cubra.

Alguns dos gestores sugeriram ações para tentar coibir esse possível aumento de consumo.

(...) Acho que deveria ser feito um trabalho a nível intensivo com relação a isso, com a equipe médica, de conscientização, e valorização do recurso que nós temos, acredito que teríamos uma redução muito grande, uma economia muito grande com relação a isso, ao material, ao não desperdício. Não economizar com o paciente, mas não desperdiçar, utilizar tudo com critério, e é esse trabalho que acho que deveria ser feito com a equipe médica (...).E11.

Dois gestores sugeriram a inclusão de disciplinas de gestão em hospitais ou em administração. Em contrapartida, um dos gestores (E7), docente da FMRP, acredita que não precisa ter disciplinas voltadas para essa área, pois gestão e ética não são separadas das demais disciplinas.

Apesar da sugestão de ações, na tentativa de fazer com que os residentes consumam recursos de forma mais eficiente, um dos gestores já está empregando determinada ação. Esse setor está inserindo médicos contratados intermediários entre o residente e o docente para tentar “capilarizar melhor” a informação.

Essa é uma preocupação que pode impactar diretamente no planejamento de recursos dos setores e, portanto, os gestores entrevistados deveriam considerar o consumo normal e um “extra” destinado à atividade de ensino.

Ressalta-se também que, na percepção dos gestores, o material orçado para o ano esgota-se cada vez mais antes do fim do ano, e esse impacto dos residentes poderia contribuir para isso.

Sendo assim, a alegação é a de que um maior conhecimento do processo orçamentário faria com que o corpo clínico tivesse maior atenção nesse aspecto. A instituição, nesse ponto, poderia incorrer, portanto, em custo de coordenação para aprimorar a transmissão de informações na hierarquia, já que o orçamento pode ser visto como uma forma de coordenar as prioridades estratégicas, auxiliando no comprometimento dos gestores de menor nível hierárquico (ABERNETHY; BROWNELL, 1999, p. 191).

O conflito entre as lógicas administrativa e médica, portanto, é percebido entre os gestores selecionados para este trabalho. Devido à limitação de recursos da entidade,

e pelo consumo total do orçamento previsto antes do término do período, apontado pelos gestores, há uma aparente necessidade de cada vez mais aproximar essas lógicas para manter a assistência no nível desejado de ambas as partes.

Ressalta-se que em observação, na participação da reunião da CPAC, não foram mencionados conflitos desta natureza.

O próximo tópico traz as considerações finais deste estudo, demonstrando a motivação do trabalho, principais resultados, limitações do estudo e sugestões de pesquisas futuras que possam utilizar os dados apresentados neste trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo apresentará o contexto do presente trabalho na literatura, as considerações finais em relação aos objetivos propostos neste trabalho, as limitações do estudo, e sugestões de continuidade da pesquisa dentro deste tema pesquisado.

O interesse inicial no tema apresentado se deu pela tentativa de contribuir com trabalhos que tratam da gestão em saúde, principalmente os que se referem a hospitais públicos. O possível diferencial deste trabalho é que não foram encontradas, na literatura, pesquisas que tratam da identificação de variáveis presentes na tomada de decisão de gestores clínicos que podem ser percebidas como também presentes no processo orçamentário de um hospital público brasileiro.

Portanto, ao contrastar as características do processo orçamentário com as da gestão hospitalar, evidenciada na literatura, e com as características do HCRP, objetivou-se verificar como o processo orçamentário dessa instituição é utilizado para tomada de decisão de seus gestores clínicos.

O referencial teórico foi elaborado com o intuito de discutir a constituição do SUS e as ferramentas utilizadas de planejamento e de gestão dos recursos. Também foi discutido os possíveis impactos desse modelo de gestão nos hospitais públicos conveniados.

Após isso, discutiu-se os aspectos principais da ferramenta orçamentária, demonstrando os pressupostos benefícios que a gestão pode ter com a presença de tal ferramenta. Entre estes benefícios estão: alinhamento de objetivos entre organização e o gestor, estruturação e alocação de esforços dos gestores, recompensa por alcance de metas orçamentárias, entre outros.

Ao comparar o planejamento do SUS com essa ferramenta foi pressuposto por esse trabalho que a instituição estudada pertenceria a um quadrante de organizações que podem possuir baixa maturidade orçamentária. Isso porque há uma predominante fonte fixa de recursos que participa com 70% do total utilizado por ela, e há uma aparente baixa interação dos gestores clínicos com o orçamento evidenciado por entrevistas com pessoas-chave.

Complementando o referencial teórico, foi realizado o levantamento das principais características da instituição estudada. Foram demonstradas as principais fontes de recursos e a forma com que se dá a orçamentação de cada uma delas.

Também, foi mostrado os principais instrumentos utilizados pela gestão para mensuração de desempenho e *performance*.

Para atender aos objetivos propostos, essa pesquisa utilizou um estudo de caso, com entrevistas a quinze gestores clínicos. Foi utilizado um roteiro de entrevistas semiestruturado adaptado de Pettersen (1995), Nyland e Pettersen (2004) e Pettersen e Nyland (2006). Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo, utilizando as análises temática e de coocorrência.

As análises demonstram que há a interação dos gestores com o orçamento, no entanto, ela é aparentemente percebida, pela maioria que afirmou participar, como sendo predominantemente para planejamento de materiais do setor e incorporação de novas tecnologias. Portanto, em questão de planejamento de recursos, essa é a participação percebida pelos gestores no processo orçamentário.

Sobre o andamento do orçamento, a maioria dos gestores aponta que são convocados para reuniões caso haja necessidade de ajuste de gastos. Também foi apontado que, nessas reuniões, não há tomada de decisões dos gestores entrevistados, ou seja, a ordem é aparentemente transmitida hierarquicamente. Alguns deles apontam a presença de reuniões periódicas de acompanhamento orçamentário dentro do setor, com vistas a acompanhar o consumo e planejar a organização dos materiais para o período seguinte.

Caso haja atividades que extrapolem o orçamento ou que não estejam previstas, os gestores foram unânimes em informar que solicitam à administração da instituição. No entanto, há uma aparente percepção dos gestores que quando a solicitação envolve riscos para o paciente é atendida em sua totalidade.

Também foi percebido que o processo orçamentário pode impactar nas escolhas intertemporais dos gestores, pois eles são exigidos, em sua maioria, em planejar as atividades e o consumo de recursos para, no máximo, o período seguinte. Portanto, há evidências que demonstram que o instrumento de gestão impacta nesse tipo de escolha.

Ao comparar o discurso sobre a participação dos gestores clínicos na elaboração do orçamento com a possível consulta a esse processo para tomada de decisão, verificou-se que dez gestores consultam esse processo para tomada de decisão e, dentre os que citaram não consultar, todos possuem formação na área médica. Além disso, os que citam não consultar são os mesmos que citaram não participar do planejamento de consumo do setor.

Após essa análise geral sobre como o gestor percebe sua participação e a utilidade desse processo, foram observadas quais as variáveis que os gestores utilizam para tomada de decisão. Essas variáveis foram agrupadas em: tratamento do paciente, gastos, tecnologia, qualidade, necessidade de troca, normatização e outros. Os temas que se destacaram foi tratamento do paciente e gastos. Há evidências de que quanto mais próximo o gestor está da assistência (pela ótica hierárquica) a tendência é de que ele utilize variáveis voltadas para o tratamento do paciente em seu processo de tomada de decisão.

Percebe-se que há um aparente foco voltado para a melhoria das condições de assistência ao paciente, no entanto, o componente custo também é considerado. Gestores apontam que não consideram somente o custo do item, e sim o impacto no protocolo clínico a qual este item pertence. Sendo assim, pode-se relacionar esse pensamento aos estudos que envolvem a farmacoeconomia. Também, percebe-se que a melhoria de condições do tratamento do paciente pode impactar diretamente o orçamento, pois implica menor permanência do paciente dentro da instituição. Gestores apontam, também, que essa análise necessitaria de avaliar, também, o possível impacto social do tratamento do indivíduo.

Portanto, dentre as variáveis citadas pelos gestores, as que foram percebidas por esse estudo como passíveis de se encontrar no processo orçamentário são: custo do material, acompanhamento do consumo de recursos (por meio do controle da assistência), impacto no protocolo clínico (considerando tanto o custo do item quanto o impacto no tratamento do paciente), investimento em atualização tecnológica, normatização (adequação às normas).

Como demonstrado neste trabalho, a instituição também utiliza instrumentos de avaliação de desempenho/*performance* com o objetivo de auxiliar na gestão. Este trabalho também tentou capturar qual a percepção que o gestor tem da relação desses instrumentos com o processo orçamentário da instituição.

Houve uma concordância dos gestores sobre a importância destes instrumentos para a tomada de decisão deles, pois transformam as informações em números, saindo do “achismo”. Dentre os instrumentos utilizados, os gestores percebem o CQH e o PGV como mais próximos de sua tomada de decisão. Esse achado implica num foco voltado para o atendimento do paciente, pois estes instrumentos têm uma aparente orientação ao controle da qualidade da assistência hospitalar.

Ao considerar que estes instrumentos controlam a assistência e sua qualidade, que pode ser relacionada ao consumo de recursos, há a percepção de gestores que esses instrumentos auxiliam no planejamento do consumo de recursos da instituição. Portanto, apesar da predominância de indicadores não financeiros, estes instrumentos são utilizados, conforme citado por alguns gestores, para planejamento de suas atividades de assistência e, com isso, é possível programar o consumo de recursos que se relaciona com o processo orçamentário da instituição.

Os demais gestores que tem a percepção de que esses instrumentos não são úteis para alocação de recursos citaram utilizá-los, em sua maioria, para controle da atividade e da qualidade da assistência.

Considerando que há o estabelecimento de metas para esses indicadores, e monitoramento e controle pela administração, por meio de relatórios periódicos, há evidências de uma aparente gestão voltada a resultados.

Nesse tipo de instituição, a literatura apontou a presença de duas lógicas: a administrativa e a médica. Há uma aparente percepção dos gestores da presença de conflito dessas lógicas dentro da instituição estudada, principalmente nas questões de incorporação de novas tecnologias e procedimentos *versus* recursos escassos da instituição.

Foi apontado que esses conflitos se dão em forma respeitosa, e que há um determinado entendimento das necessidades e limitações de ambas as partes. No entanto, foi citado que na maioria das vezes que envolve riscos para o paciente a lógica médica tende a prevalecer. O gestor clínico também tem a percepção de intermediar esse conflito entre as duas lógicas.

Também há uma aparente percepção dos gestores de que os profissionais médicos podem não ter preocupação com o processo orçamentário da instituição, no entanto, também apontam que eles deveriam tê-la. Há gestores que apontam que uma possível falta de informação pode ser uma das causas dessa baixa preocupação.

Os gestores também demonstraram preocupação com consumo de recursos na atividade de ensino, relacionado a residentes. Há uma discussão de que por um lado há a necessidade de controle e/ou corte de gastos pelo gestor (quando solicitado pela administração) e por outro lado há a necessidade do aprendizado, que pode incorrer em um incremento no desperdício de materiais. No entanto, alguns gestores já estão tomando atitudes na tentativa de reduzir o possível excesso de gastos dos residentes, que foi apontado por gestores. Esse tipo de discussão pode fazer com que o gestor, em

seu planejamento de recursos, tenha que considerar possíveis gastos “extras” relacionados ao ensino, e incrementa a necessidade de monitoramento do consumo de recursos.

Este trabalho, por utilizar um estudo de caso, possui ameaças e limitações. No entanto, foram adotados procedimentos na tentativa de minimizá-los. Para reduzir o efeito da presença do pesquisador foi adotada a interação limitada que se deu por meio de entrevistas. Também foi realizada a triangulação de dados utilizando as entrevistas com pessoas-chave, análise documental e entrevistas com gestores clínicos. Complementar a isso também foi permitida a participação em uma reunião da CPAC.

A limitação de acesso aos dados foi minimizada com a aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

Este tipo de estudo também possui limitação quanto a sua validade externa, devido a reportar um pequeno número de observações. No entanto, o atendimento do objetivo deste trabalho pode contribuir com pesquisas futuras que podem minimizar essa limitação.

Esse trabalho tem o intuito de colaborar com a sistematização de um instrumento de coleta de dados utilizando as variáveis observadas nesse estudo para investigar a relação dos gestores com o processo orçamentário de hospitais públicos que possuem similaridade à instituição estudada, ou seja, entidades que constam no quadrante II da figura 3. Sendo assim, é sugestão de pesquisas futuras que esse instrumento seja sistematizado e que se investigue se essas variáveis também estão presentes em outras instituições de mesmo perfil.

REFERÊNCIAS

- ABERNETHY, M. A.; BROWNELL, P. The role of budgets in organizations facing strategic change: an exploratory study. **Accounting, Organizations and Society**. v. 24, n. 3, p. 189-204, 1999.
- ABERNETHY, M. A.; CHUA, W. F. A field study of control system “redesign”: the impact of institutional processes on strategic choices. **Contemporary Accounting Research**.v. 13, n. 2, p. 569-606, 1996.
- ABERNETHY, M. A.; STOELWINDER, J. U. Budget use, task uncertainty, system goal orientation and subunit performance: a test of the “fit” hypothesis in not-for-profit hospitals. **Accounting, Organizations and Society**.v. 16, n. 2, p. 105-120, 1991.
- AGUIAR, A.B. de. Orientação temporal dos gestores: análise bibliográfica de estudos empíricos em contabilidade. In: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS, 4., 2010, São Paulo. *Anais...* São Paulo: ANPCONT, 2010.
- ATKINSON, AA; SHAFFIR, W. Standards for field research in management accounting. **Journal of Management Accounting Research**, v. 10, p. 41-68, 1998.
- ATKINSON, A. A. et al..**Contabilidade Gerencial**. 3 Ed. São Paulo. Atlas, 2011.
- BARDIN, L.; **Análise de Conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977). 2011.
- BARROS, M. E.; PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. Política de saúde pública no Brasil: diagnóstico e perspectivas. Brasília: IPEA, 1996. (Texto para Discussão n. 401)
- BERNARDES, A. et al. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 861-870, 2007.
- BONACIM, C. A. G.; ARAUJO, A. M. P. Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 903-931, 2010.
- BITTAR, O. V.; MAGALHÃES, A. Hospitais de ensino no estado de São Paulo: seis anos de acompanhamento. **Revista de Administração em Saúde**. v.12, p. 155-213, 2010. Número especial.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.006, de 27/05/2004. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 mai. 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.702/GM, de 17/08/2004b

BRESSER-PEREIRA, L. C. Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo Estado. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. (Orgs). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1998.

BUNCE, P.; FRASER, R.; WOODCOCK, L. Advanced budgeting: a journey to advanced management systems. **Management Accounting Research**. v. 6, n. 3, p. 253-265. 1995.

CALLADO, A. A. C.; CALLADO, A. L. C.; ANDRADE, L. P. Padrões de utilização de indicadores de desempenho não-financeiros: um estudo exploratório nas empresas de Serra Talhada/PE. **Associação Brasileira de Custos**. v. 3, n. 2, 1-22, 2008.

CONASS. **Conselho Nacional de Secretários da Saúde**. O Financiamento da Saúde. Edição 1. Brasília. 2011a.

CONASS. **Conselho Nacional de Secretários da Saúde**. Sistema Único de Saúde. Edição 1. Brasília. 2011b.

COOMBS, R. W. Accounting for the control of doctors: management information systems in hospitals. **Accounting, Organizations and Society**. v. 12, n. 4, p. 389-404, 1987.

COSTA, P. S.; SILVA, E. P.; TIBÉRIO, C. S. B. Gestão estratégica de custos: estudo de caso aplicado a hospitais universitários. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUSTOS, 8., 2003. Anais... Uruguai.

CUNHA, J. A. C. **Avaliação de desempenho e eficiência em organizações de saúde: um estudo em hospitais filantrópicos**. Tese Doutorado – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

DAL POZ, M. R., PIERANTONI, C. R., VARELLA, T. C. **Produtividade e Desempenho dos Recursos Humanos nos Serviços de Saúde**. Brasília: OPAS; 1997.

DALLORA, M. E. L. V.; FORSTER, A. C. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino – considerações teóricas. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**. v. 41, n. 2, p. 135-142, 2008.

DERMER, J. D. Cognitive characteristics and the perceived importance of information. **The Accounting Review**. v. 48, n. 3, p. 511-519, 1973.

EISENHARDT, K. Building Theories from Case Study Research. **The Academy of Management Review**. v. 14, n. 4, p. 532-550, 1989.

ETHERINGTON, L.; TJOSVOLD, D. Managing Budget Conflicts: Contribution of Goal Interdependence and Interaction. **Canadian Journal of Administrative Sciences**. v. 15, n.2, p. 142-151, 1998.

EWUSI-MENSAH, K. The external organizational environment and its impact on management information systems. **Accounting, Organizations and Society**. v. 6, n. 4, p. 301-316, 1981.

FADEL, M. A. V.; FILHO, G. I. R. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. **Revista de Administração Pública**. v. 43, n. 1. p. 7-22, 2009.

FLAMHOLTZ, E. G.; DAS, T. K.; TSUI, A. S. Toward an integrative framework of organizational control. **Accounting, Organizations and Society**. v. 10, n. 1, p. 35-50, 1985.

FRANÇA, J. R. M.; COSTA, N. R. A dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 241-257, 2011.

FREDERICK, S.; LOEWENSTEIN, G.; O'DONOGHUE, T. Time discounting and time preference: a critical review. **Journal of Economic Literature**. v. 40, n. 2, p. 351-401, 2002.

FRONE, M. R. Intolerance of ambiguity as a moderator of the occupational role stress-strain relationship: a meta-analysis. **Journal of Organizational Behaviour**. v. 11, n. 4, p. 309-320. 1990.

FUNDAÇÃO DE APOIO AO ENSINO, PESQUISA E ASSISTÊNCIA DO HCFMRP – USP. **Relatório de Atividades de 2013**. 2014. Disponível em: <http://www.faepa.br/Html/Relatorio_atividades.asp> Acessado em 22/09/14.

GLOUBERMAN, S.; MINTZBERG, H. Managing the care of health and curing the disease, Part I: Differentiation. **Healthcare Management Review**. v. 26, n. 1, p. 56-69, 1996.

GABRIEL, C. S. et al.. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. **Revista Latino-Americana de Enfermagem (Online)**, v. 19, n. 5, p. 1247-1254, 2011.

GABRIEL et al.. Usage of quality indicators in hospital nursing services in Brazil. **Journal of Hospital Administration**, v. 2, n. 4, p. 91-99, 2013.

GEORGESCU, I.; NARO, G. Budget pressures in hospitals: a qualitative study of RAPM among physicians. **Comptabilité – Contrôle – Audit**. v. 18, n. 3, p. 67-96, 2012.

GOMES, E. G. M. **Gestão por Resultados e eficiência na Administração Pública: uma análise à luz da experiência de Minas Gerais**. Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Doutorado de Administração Pública e Governo da EAESP/FGV, 2009.

HARTMANN, F. The Effects of Tolerance for Ambiguity and Uncertainty on the Appropriateness of Accounting Performance Measures. **ABACUS**. v. 41, n. 3, p. 241-264, 2005.

HERRERA, M. M. C. Farmacoeconomía. Eficiencia y uso racional de los medicamentos. **Rev. Bras. Cienc. Farm.** v. 40, n. 4, p. 445-453, 2004.

HIRST, M. K. Reliance on Accounting Performance Measures, Task Uncertainty, and Dysfunctional Behavior: Some Extensions. **Journal of Accounting Research**. v. 21, n. 2, p. 596-605, 1983.

HOPWOOD, A. Accounting calculation and the shifting sphere of the economic. **European Accounting Review**. v. 1, n. 1, p. 125-143, 1992.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO (HCRP). **Relatório de Atividades de 2013**. 2014. Disponível em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload%5CRelatoriodeAtividades_HCRP_2013.pdf> Acessado em: 27/09/2014.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO. **Relatório de Gestão 2003-2010**. 2010. Disponível em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload/Revista_Gestao.pdf> Acessado em: 15/01/2014.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. VCMH/IESS. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/html/estatistica.asp>>. Acessado em: 17/09/2014.

KANODIA, C. Participative budgets as coordination and motivational devices. **Journal of Accounting Research**. v. 31, n. 2, p. 172-189, 1993.

KELLY, K. O. Feedback and incentives on nonfinancial value drivers: effects on managerial decision making. **Contemporary accounting research**. v. 24, n. 2, p. 523-556, 2007.

KINNER, K.; PELLEGRINI, C. Expenditures for public health: assessing historical and prospective trends. **American Journal of Public Health**. v. 99, n. 10, p. 1780-1791, 2009.

KURUNMAKI, L. Professional vs financial capital in the field of health care-struggles for the redistribution of power and control. **Accounting, Organizations and Society**. v. 24, n. 2, p. 95-124, 1999.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

LAPSLEY, I. The accounting-clinical interface—implementing budgets for hospital doctors. **ABACUS**. v. 37, n. 1, p. 79-109, 2001.

LAVERTY, K. J. Economic "short-termism": the debate, the unresolved issues, and the implications for management practice and research. **The Academy of Management Review**. v. 21, n. 3, p. 825-860, 1996.

LEATT, P. Physicians in health care management: 1. Physicians as managers: roles and future challenges. **Canadian Medical Association Journal**. v.150, n. 2, p. 171-176, 1994.

LETTIERI, E. Uncertainty inclusion in budgeting technology adoption at a hospital level: Evidence from a multiple case study. **Health Policy**. v. 93, n. 2, p. 128-136, 2009.

LIEBERMANN, Y.; UNGAR, M. Efficiency of consumer intertemporal choice under life cycle cost conditions. **Journal of Economic Psychology**. v. 23, n. 6, p. 729-748, 2002.

LILLIS; A.M. MUNDY, J. Cross-sectional field studies in management accounting research-closing the gaps between surveys and case studies. **Journal of Management Accounting Research**. v. 17, n. 1, p. 119-141, 2005.

LOBO, M. S. C. et al.. Avaliação de desempenho e integração docente-assistencial nos hospitais universitários. **Rev. Saúde Pública**. v. 44, n. 4, p. 581-590, 2010.

LU, C. T. Relationships among budgeting control system, budgetary perceptions, and performance: A study of public hospitals. **African Journal of Business Management**. v. 5, n. 15, p. 6261-6270, 2011.

LUDWIG, M.; GROOT, W.; MERODE, F. V. Hospital efficiency and transaction costs: a stochastic frontier approach. **Social Science & Medicine**. v. 69, n. 1, p. 61-67, 2009.

LYRA, M. G.; GOMES, R. C.; JACOVINE, L. A. G. O papel dos *stakeholders* na sustentabilidade da empresa: contribuições para construção de um modelo de análise. **Rev. adm. contemp.** v. 13, n. especial, p. 39-52, 2009.

MACHO-STADLER, I.; PÉREZ-CASTRILLO, J. D. **An Introduction to the Economics of information**, Oxford: Oxford University Press, 2001.

- MACINATI, M. S. NPM reforms and the perception of budget by hospital clinicians: lessons from two case-studies. **Financial Accountability and Management**. v. 26, n. 4, p. 422-442, 2010.
- MALMI, T.; BROWN, D. A. Management control systems as a package – opportunities, challenges and research directions. **Management Accounting Research**. v. 19, n. 4, p. 287-300, 2008.
- MARCH, J. G.; OLSEN, J. P. **Rediscovering institutions: the organizational basis of politics**. Hardcover. 1989.
- MARGINSON, D. E. W. **The case study, the interview and the issues: a personal reflection**. IN: CHRISTOPHER HUMPHREY, C.; LEE, B. The real life guide to Accounting research A behind-the-scenes view of using Qualitative research methods, 2004.
- MARQUES, R. M. O financiamento do sistema publico de saúde brasileiro, in Cepal. **Serie Financiamiento de IDesarrollo**, n 82, Santiago do Chile, 1999.
- MCKINNON, J. Reliability and validity in field research: some strategies and tactics. **Accounting, Auditing & Accountability Journal**. v. 1, n. 1, p. 34-54, 1988
- MEDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 47, n. 2, p. 149-156, 2001.
- MERCHANT, K. A. Budgeting and the propensity to create budgetary slack. **Accounting, Organizations and Society**. v. 10, n. 2, p. 201-210, 1985.
- MERCHANT, K. A. The effects of financial controls on data manipulation and management myopia. **Accounting, Organizations and Society**. v. 15, n. 4, p. 297-313, 1990.
- MERCHANT, K. A.; OTLEY, D. T. A review of the literature on control and accountability. **Handbook of Management Accounting Research**. v. 2, p. 785-802, 2007.
- MILGROM, P.; ROBERTS, J. **Economics, Organization and Management**, New Jersey: Prentice Hall, 1992.
- MIRANDA et al.. Custeio ABC no ambiente hospitalar: um estudo nos hospitais universitários e de ensino brasileiros. **Revista de Contabilidade e Finanças**. São Paulo, v. 18, n. 44, p. 33-43, 2007.
- NORTON, R. W. Measurement of ambiguity tolerance. **Journal of Personality Assessment**. v. 39, n. 6, p. 607-619, 1975.
- NYLAND, K.; PETTERSEN, I. J. The control gap: the role of budgets, accounting information and (non-) decisions in hospital settings. **Financial Accountability & Management**. v. 20, n. 1, p. 77-102, 2004.
- NYLINDER, P. Perception of budgetary control: a study of differences across managers in Swedish public primary healthcare related to professional background and sex. **Journal of Nursing Management**. v. 19, n. 5, p. 664-672, 2011.
- OTLEY, D. T. Budget use and managerial performance. **Journal of Accounting Research**. v. 16, n. 1, p. 122-149, 1978.
- OTLEY, D. T.; BERRY, A. J. Control, organization and accounting. **Accounting, Organizations and Society**. v. 5, n. 2, p. 231-244, 1980.

- OUCHI, W. G. A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms. **Management Science**. v. 25, n. 9, p. 833-848, 1979.
- OYADOMARI, J. C. T. et al.. Uso do controle gerencial e decisões em organizações de saúde brasileiras: um estudo exploratório. **BBR – Brazilian Business Review**. v. 11, n. 2, p. 1-34, 2014.
- PATASHNIK, E. M. The contractual nature of budgeting: a transaction cost perspective on the design of budgeting institutions. **Policy Sciences**. v. 19, n. 3, p. 189-212, 1996.
- PETTERSEN, I. J. Budgetary control of hospitals – ritual rhetorics and rationalized myths. **Financial Accountability & Management**. v. 11, n. 3, p. 207-221, 1995.
- PETTERSEN, I. J. Accountable management reforms: why the norwegian hospital reform experiment got lost in implementation. **Financial Accountability & Management**. v. 15, n. 3-4, p. 377-396, 1999.
- PETTERSEN, I. J.; NYLAND, K. Management and controlof public hospitals – the use of performance measures in Norwegian hospitals.A case-study. **The International Journal of Health Planning and Management**. v. 21, n. 2, p. 133-149, 2006.
- PHATSHWANE, P.; BALIYAN, P. S. Towards improved government budgeting, costing and accountability in the healthcare sector: the case of hospital and clinic services in Botswana. **International Journal of Economics and Business Studies**.v. 1, n. 2, p. 14-25, 2011.
- PIOLA et al.. Financiamento do sistema único de saúde: trajetória recente e cenários para o futuro. **Análise Econômica**. Porto Alegre. v. 30, p. 9-33, 2012. Número especial.
- PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3a. Ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
- POON, M.; PIKE, R.; TJOSVOLD, D. Budget participation, goal interdependence and controversy: a study of a Chinese public utility. **Management Accounting Research**.v. 12, n. 1, p. 101-118, 2001.
- PORPINO, G.; STEFANI, E. O caso do PAC Embrapa: requisitos de uma gestão orientada para resultados no setor público. **Revista de Administração Pública**. v. 48, n. 2, p. 343-366, 2014.
- PORTAL BRASIL. Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA. Disponível em: <<http://www.portalbrasil.net/ipca.htm>>. Acessado em: 15/01/2014
- PRESTON, A. M.; COOPER, D. J.; COOMBS, R. W. Fabricating budgets: a study of the production of management budgeting in the national health service. **Accounting, Organizations and Society**. v. 17, n. 6, p. 561-593, 1992.
- ROGOWSKI et al. Criteria for fairly allocating scarce health-care resources to genetic tests: which matter most? **European Journal of Human Genetics**. v. 22, n. 1, p. 25-31, 2014.
- ROBBINS, S. P.; COULTER, M. **Management**. 11a Ed. Pearson Prentice Hall. 2012.
- ROTTA, C. S. G. **Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial**. Tese apresentada ao Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do grau de doutorado.– Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SEARFOSS D. G.; MONCZKA, R. M. Perceived participation in the budget process and motivation to achieve the budget. **Academy of Management Journal**. v. 16, n. 4, p. 541-554, 1973.

SECOLI, S. R. et al.. Farmacoeconomia: perspectiva emergente no processo de tomada de decisão. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 10, supl., p. 287-296, 2005.

SEDIYAMA, M. Y. N. **Efeitos da contratualização de serviços de saúde nos sistemas de mensuração de desempenho em um Hospital Público no Brasil**. 2013. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Economia Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

TAVAKOLI, H.; SMITH, G. Back under the microscope: insights from evidence on budget support. **Development Policy Review**. v. 31, n. 1, p. 59-74, 2013.

VAN DER STEDE, W. A. The relationship between two consequences of budgetary controls: budget slack creation and managerial short-term orientation. **Accounting, Organizations and Society**, v. 25, n. 6, p. 609-622, 2000.

VIANNA, S. M. A. Seguridade social, o sistema único de saúde e a partilha dos recursos. **Saúde e Sociedade**. São Paulo. v. 1, n. 1, p. 43-58, 1992.

VOSS, C; TSIKRIKTSIS, N & FROHLICH, M. Case research in operations management. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 22, n. 2, p. 195-219, 2002.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre, Bookman, 2010.

WILLIAMSON, O. E. The logic of economic organization. **The Journal of Law, Economics & Organization**, v. 4, n. 1, p. 65-93, 1988.

APÊNDICE A – Protocolo de Pesquisa

1. Visão Geral do Projeto do Estudo de Caso

A) Questão de Pesquisa

Como o processo orçamentário do HCRP é utilizado para tomada de decisão de seus gestores clínicos?

B) Estrutura Teórica do Estudo de Caso

- Orçamento e Conflitos;
- Economia de Custos de Transação;
- Escolhas Intertemporais; e
- Gestão Hospitalar

A tese que foi defendida é a de que a teoria diz que os orçamentos são utilizados como forma de alinhamento de interesses entre alta gestão e demais gestores da entidade, fornecendo, ao primeiro, o resultado do esforço gerado pelo gestor na tentativa de buscar a meta sugerida e, ao segundo, uma remuneração por ter atingido a meta, ou proporcional ao seu atingimento (ETHERINGTON; TJOSVOLD, 1998; ABERNETHY; BROWNELL, 1999).

No hospital público estudado foi constatada a ausência de utilização de remuneração variável atrelada ao orçamento. E, em entrevistas iniciais, foi observada a baixa participação dos gestores na elaboração do orçamento, pois este fica a cargo das pessoas que mexem diretamente com o orçamento.

Soma-se a isso o aparente conflito entre as lógicas administrativa e médica, na qual o primeiro estaria focado no aspecto econômico da entidade e o segundo em salvar a vida do paciente.

Sendo assim, pode ser interessante verificar como é a utilização do processo orçamentário para tomada de decisão dos gestores para verificar quais são as variáveis, relacionadas ao orçamento, que os gestores levam em conta em seu processo de tomada de decisão.

C) Objetivos da Pesquisa

- Objetivo Geral:

O objetivo geral desse trabalho é verificar como é a utilização do processo orçamentário da instituição para a tomada de decisão dos gestores do HCRP.

- Objetivos Específicos:

1. Observar a participação dos gestores na elaboração do orçamento;
2. Descrever o uso de indicadores de desempenho e/ou de *performance* utilizados pela instituição, a percepção do gestor sobre eles, e sua relação com o orçamento;
3. Observar quais são as variáveis que o gestor considera na tomada de decisão que estão aderentes ao processo orçamentário da instituição.

D) Papel do Protocolo na Orientação do Pesquisador

Este protocolo apresenta as regras e procedimentos que serão seguidas no presente trabalho. Ele conterà as diretrizes teóricas, de coleta de dados e análise de dados.

2. Procedimentos de Coleta de Dados

A) Local Pesquisado e Gestores que Serão Entrevistados

O HCRP é um hospital público de alta complexidade e de referência terciária para o nordeste do estado de São Paulo. Dispõe de uma Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA) que foi instituída em 1988 com a finalidade de colaborar com o HCRP na implantação de mecanismos gerenciais para aprimoramento da instituição hospitalar.

Esta fundação tem sob sua responsabilidade a gestão do Hospital Estadual de Ribeirão Preto, do Centro de Referência da Saúde da Mulher e do Hospital Estadual de Américo Brasiliense. Ainda assim, mantém convênios com a prefeitura de Ribeirão Preto e com a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto para atuação no Centro de

Saúde Escola “Joel Domingos Machado” e no Centro Médico Social e Comunitário da Vila Lobato.

A instituição é localizada na Avenida dos Bandeirantes, nº 3900, Campus Universitário, Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP.

Os gestores clínicos entrevistados foram selecionados conjuntamente com pessoas-chave do hospital. A lista completa destes gestores encontra-se ao final deste apêndice. Dentre eles, somente um deles não foi possível contato. Entrou-se em contato com a secretária e esta informou que o contato deveria ser feito somente via e-mail. Foi enviado e-mail por duas vezes, mas sem resposta. Portanto, dos gestores selecionados, foram entrevistados 94%, ou quinze gestores.

B) Plano de Coleta de Dados

Para atingir os objetivos específicos deste trabalho, foi realizado inicialmente entrevistas com pessoas-chave do hospital capacitadas em fornecer informações a respeito da estrutura orçamentária do HCRP, bem como a elaboração do orçamento.

Em seguida, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os gestores clínicos desta instituição. Essas entrevistas têm o objetivo de captar como os gestores clínicos utilizam o processo orçamentário para tomada de decisão, e, para isso, as entrevistas terão que capturar essas relações.

O roteiro para as entrevistas semiestruturadas apresenta-se com as seguintes questões:²⁴ Ressalta-se que antes de iniciar a entrevista foi esclarecido que o termo “processo orçamentário” engloba o planejamento, consumo e monitoramento relacionado a todas as fontes de recursos da instituição.

- 1) Qual o nome do gestor?
- 2) Há quanto tempo é funcionário na instituição?
- 3) Há quanto tempo está na função de gestão?
- 4) Você conhece o processo orçamentário da instituição? E seu conteúdo?

²⁴ Adaptado de: Pettersen (1995), Nyland e Pettersen (2004) e Pettersen e Nyland (2006), estudos que procuraram observar a relação do orçamento com os gestores de hospitais utilizando roteiros de entrevistas semiestruturadas.

- 5) Qual a sua participação dentro do processo orçamentário da instituição? Você participa do planejamento de materiais do seu setor/unidade? (O planejamento de materiais faz parte do processo orçamentário).
- 6) Você participa de discussões sobre o andamento do orçamento?
- 7) Já tiveram ocasiões em que seu setor teve que fazer algum procedimento/atividade que estava fora do orçamento do seu setor/unidade? Foi solicitado? Foi atendido? Isso acontece com frequência?
- 8) Já tiveram ocasiões que algum procedimento/atividade não foi realizado por limitação de pessoal? E de espaço físico?
- 9) Quais são os principais conflitos no consumo de recursos no seu setor?
- 10) Você consulta o orçamento da instituição, ou do seu setor/unidade, para tomar alguma decisão? Se sim, quais decisões?
- 11) Qual a importância do processo orçamentário da instituição para seu setor? E qual a importância da sua participação?
- 12) Você tem metas atreladas ao orçamento da instituição?
- 13) Você considera o orçamento importante para a sua tomada de decisão na atividade diária?
- 14) De forma geral, quais são os seus critérios para tomada de decisão? E para aplicação de recursos? Poderia citar algum exemplo referente à aplicação de recursos?
- 15) A FMRP (ou outra) interfere na sua tomada de decisão? Pode citar algum caso?
- 16) Qual a importância dos programas de avaliação de desempenho (PMI, PGV, CQH, SAHE) para você?
- 17) A presença desses indicadores alterou o seu processo de tomada de decisão?
- 18) Você é cobrado, de alguma forma, sobre as metas desses indicadores?
- 19) Para alocação de recursos você consulta os instrumentos de mensuração de desempenho?
- 20) Qual a utilidade, para você, destes instrumentos? Você os consulta para a tomada de decisão?
- 21) Há conflitos em atender os interesses dos gestores superiores a você, e os interesses dos profissionais médicos, subordinados a você? Quais são estes conflitos? E qual o lado que prevalece?
- 22) Quais são os principais conflitos que você tem com os profissionais médicos subordinados a você?

23) Os profissionais médicos, subordinados a sua diretoria, consultam a disponibilidade de recursos do setor para executar alguma atividade/atendimento excepcional? Se sim, para quais atividades/atendimentos?

24) Você percebe que estes profissionais médicos tem preocupação com o processo orçamentário da instituição? E com o gasto de recursos? Eles deveriam ter, na sua opinião?

Foi realizado um pré-teste com três gestores do hospital, que não constam na lista de selecionados. O roteiro acima, para aplicar às entrevistas semiestruturadas, já considera os ajustes e o impacto deste pré-teste.

C) Preparação Anterior às Entrevistas

Como as relações do orçamento com os gestores são aparentemente baixas, conforme apontado em entrevistas espera-se que não haja uma forte interação percebida da tomada de decisão dos gestores com o orçamento. Portanto, para capturar essa interação, serão pesquisadas as atividades executadas pelos gestores, antes das entrevistas, e verificada quais são as formas possíveis de interação. Além disso, serão levantados os possíveis indicadores do PMI e do PGV que possam impactar em sua gestão. O pesquisador, por sua vez, terá que ter a habilidade de conduzir a entrevista de tal forma que toque nos assuntos que são passíveis de interação com o orçamento da instituição.

3. Esboço do Relatório do Estudo de Caso

O relatório do Estudo de Caso terá o formato de uma Dissertação, acompanhando as Diretrizes para Apresentação de Dissertações e Teses da Universidade de São Paulo.

Além disso, os resultados parciais serão submetidos para periódicos. Os periódicos de interesse são: Ciência e Saúde Coletiva e Caderno de Saúde Pública.

Tabela 10 -Lista de gestores previstos de serem entrevistados.

Seq.	Cargo	Nível Hierárquico	Superior Direto	Atribuição da Função
1	Diretor do Depto. de Atenção à Saúde	Diretoria	Superintendente	Coordenar, orientar e supervisionar as atividades técnicas e administrativas das unidades que lhe são subordinadas.
2	Gerente Geral do Ambulatório- GGA	Diretoria	DAS	Coordenar, orientar e supervisionar as atividades técnicas e administrativas das unidades que lhe são subordinadas.
3	Diretor do Depto. de Apoio Médico – DAM	Diretoria	Superintendente	Coordenar, orientar e supervisionar as atividades técnicas e administrativas das unidades que lhe são subordinadas.
4	Diretor da Divisão de Enfermagem – DE	Diretoria	DAS	Coordenar, orientar e supervisionar o andamento das atividades técnicas e administrativas das unidades subordinadas.
5	Diretora da Divisão de Assistência Farmacêutica	Coordenação	DAS	Coordenar, orientar e supervisionar as atividades técnicas e administrativas das unidades que lhe são subordinadas.
6	Coordenador da Unidade de Emergência	Coordenação	Superintendência	Coordenar, orientar e supervisionar as atividades técnicas e administrativas da Unidade de Emergência.
7	Diretor do Centro Cirúrgico	Diretoria	DAS	Coordenar, orientar e supervisionar o andamento das atividades técnicas e administrativas das unidades subordinadas.
8	Diretor do Centro de Endoscopia	Coordenação	DAS	Coordenar, orientar e supervisionar o andamento das atividades técnicas e administrativas das unidades subordinadas.
9	Diretor do Centro de Imagem	Coordenação	DAS	Coordenar, orientar e supervisionar o andamento das atividades técnicas e administrativas das unidades subordinadas.
10	Diretor da Cardiologia	Coordenação	DAS	Coordenar, orientar e supervisionar o andamento das atividades técnicas e administrativas das unidades subordinadas.

Seq.	Cargo	Nível Hierárquico	Superior Direto	Atribuição da Função
11	Diretora da Enfermagem da Clínica Cirúrgica	Diretoria	Divisão de Enfermagem (DE)	Coordenar, orientar e supervisionar o andamento das atividades técnicas e administrativas das unidades subordinadas.
12	Diretora da Enfermagem da Clínica Médica	Diretoria	Divisão de Enfermagem (DE)	Coordenar, orientar e supervisionar o andamento das atividades técnicas e administrativas das unidades subordinadas.
13	Diretora da Enfermagem da Neurologia	Diretoria	Divisão de Enfermagem (DE)	Coordenar, orientar e supervisionar o andamento das atividades técnicas e administrativas das unidades subordinadas.
14	Diretor do Laboratório de Hematologia	Coordenação	Depto. de Apoio Médico (DAM)	Coordenar, orientar e supervisionar o andamento das atividades técnicas e administrativas das unidades subordinadas.
15	Diretor do Laboratório de Sorologia	Coordenação	Depto. de Apoio Médico (DAM)	Coordenar, orientar e supervisionar o andamento das atividades técnicas e administrativas das unidades subordinadas.
16	Diretora do Laboratório Central	Diretoria	Depto. de Apoio Médico (DAM)	Coordenar, orientar e supervisionar o andamento das atividades técnicas e administrativas das unidades subordinadas.

APÊNDICE B – Protocolo no Comitê de Ética em Pesquisa

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA				
Dados do Projeto de Pesquisa				
<p>Título da Pesquisa: A relação entre a Utilização de Indicadores de Desempenho, estrutura orçamentária e o planejamento estratégico com a Orientação Temporal do Gestor e o real desempenho Financeiro e Operacional.</p> <p>Pesquisador: Diego Queirantes</p> <p>Área Temática:</p> <p>Versão: 2</p> <p>CAAE: 13520813.3.0000.5407</p> <p>Submetido em: 06/05/2013</p> <p>Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO</p> <p>Situação: Aprovado</p> <p>Localização atual do Projeto: Pesquisador Responsável</p> <p>Patrocinador Principal: Financiamento Próprio FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP</p>

Documentos Postados do Projeto				
Tipo Documento	Situação	Arquivo	Postagem	
Parecer Consubstanciado do CEP	A	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_276240.pdf	20/05/2013 09:08:34	
Interface REBEC	A	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	06/05/2013 11:30:28	
Projeto de Pesquisa	A	PB_PROJETO_DE_PESQUISA_135208.pdf	06/05/2013 11:30:22	
Projeto de Pesquisa (Anexado pelo Pesquisador)	A	Projeto_Diego_Queirantes_Comite_de_Etica.doc	06/05/2013 11:29:48	
Outros	A	Carta resposta ao CEP.docx	06/05/2013 11:29:03	
TCLE - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	A	termo de consentimento corrigido.doc	06/05/2013 11:28:26	
Folha de Rosto	A	Folha de Rosto Assinada.pdf	02/03/2013 15:38:45	
Tramitação:				
CEP Trâmite	Situação	Data Trâmite	Parecer	Informações
CONEP	Submetido para avaliação do CEP	02/03/2013		
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto- USP	Rejeição do PP	07/03/2013		Prezado Diego, A pedido da Comissão Nacional de É... Ver mais>>
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto- USP	Submetido para avaliação do CEP	14/03/2013		
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto- USP	Aceitação do PP	22/03/2013		
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto- USP	Parecer liberado	29/04/2013		
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto- USP	Submetido para avaliação do CEP	06/05/2013		
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto- USP	Aceitação do PP	07/05/2013		
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto- USP	Parecer liberado	20/05/2013		
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP - HCFMRP/USP	Submetido para avaliação do CEP	20/05/2013		
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP - HCFMRP/USP	Parecer liberado	23/05/2013		

APÊNDICE C – Pareceres do Comitê de Ética em Pesquisa

Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A relação entre a Utilização de Indicadores de Desempenho, estrutura orçamentária e o planejamento estratégico com a Orientação Temporal do Gestor e o real desempenho Financeiro e Operacional.

Pesquisador: Diego Quelrantes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13520813.3.0000.5407

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FACULDADE DE ECONOMIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior ((CAPES))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 276.240

Data da Relatoria: 16/05/2013

Apresentação do Projeto:

Vide relato anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Vide relato anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide relato anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide relato anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide relato anterior.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador atendeu às pendências apontadas no TCLE, tomando o seu conteúdo mais acessível e de fácil compreensão para os participantes da pesquisa. O projeto pode ser aprovado por este CEP.

Endereço: Av. Bandeirantes 3.900
Bairro: Monte Alegre CEP: 14.040-901
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3602-4811 Fax: (16)3633-2660 E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

Continuação do Parecer: 275.240

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto encontra-se APROVADO para execução. Pedimos atenção aos seguintes itens:

- 1) De acordo com o item VII.13.d, da Resolução CNS n.º 196/96, o pesquisador deverá apresentar ao CEP relatórios anuais (parciais ou finais, em função da duração da pesquisa);
- 2) Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas, com justificativa, ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada;
- 3) Sobre o TCLE: caso o termo tenha DUAS páginas ou mais, lembramos que no momento da sua assinatura, tanto o participante da pesquisa (ou seu representante legal) quanto o pesquisador responsável deverão RUBRICAR todas as folhas, colocando as assinaturas na última página.

RIBEIRÃO PRETO, 20 de Maio de 2013

Assinador por:
 Andréia Schmidt
 (Coordenador)

Endereço: Av. Bandeirantes 3.900
 Bairro: Monte Alegre CEP: 14.040-901
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3602-4811 Fax: (16)3633-2660 E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A relação entre a Utilização de Indicadores de Desempenho, estrutura orçamentária e o planejamento estratégico com a Orientação Temporal do Gestor e o real desempenho Financeiro e Operacional.

Pesquisador: Diego Quelrantes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13520813.3.0000.5407

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO (FACULDADE DE ECONOMIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior ((CAPES))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 281.088

Data da Relatoria: 20/05/2013

Apresentação do Projeto:

De acordo com a Parecer da Instituição Proponente.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com a Parecer da Instituição Proponente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a Parecer da Instituição Proponente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com a Parecer da Instituição Proponente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com a Parecer da Instituição Proponente.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com a Parecer da Instituição Proponente.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: oep@hcrp.usp.br

Continuação do Parecer: 201.055

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

RIBEIRÃO PRETO, 23 de Maio de 2013

Assinador por:

MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****Dados de identificação**

Título do Projeto: O processo orçamentário e a tomada de decisão dos gestores em um hospital público.

Pesquisador Responsável: Gabryel Lopes Sola

Instituição a que Pertence o Pesquisador Responsável: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto - USP

Telefone para contato: (16) 9.8132.6657

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos **R.G.** _____

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “O processo orçamentário e a tomada de decisão dos gestores em um hospital público” de responsabilidade do pesquisador Gabryel Lopes Sola, a qual pretende entender a forma com que o processo orçamentário da instituição impacta na tomada de decisão dos gestores em hospitais públicos.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevista gravada na qual será solicitado informações sobre o processo de tomada de decisão, a influência do orçamento, além da forma de alocação dos recursos disponíveis.

Não há riscos decorrentes de sua participação na pesquisa, visto que as informações geradas serão confidenciais e sua privacidade garantida. Se você aceitar participar, estará contribuindo para o entendimento dos efeitos do processo orçamentário na gestão hospitalar, com o entendimento do papel do orçamento, e com a possível melhoria da gestão.

O Sr. (a) tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem

nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr.(a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr.(a) poderá entrar em contato com o pesquisador pelo e-mail: gabryelsola@gmail.com, ou pelo telefone acima mencionado.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, RG: _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não serei remunerado e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____

Participante

Pesquisador Responsável