

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Carlos Roberto Cardoso

**CONTRIBUIÇÃO DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO NO
SETOR DE HEMODINÂMICA EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

**Porto Alegre
2009**

Carlos Roberto Cardoso

**CONTRIBUIÇÃO DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO NO
SETOR DE HEMODINÂMICA EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Rolando Beulke

Porto Alegre
2009

CARLOS ROBERTO CARDOSO

**CONTRIBUIÇÃO DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO NO
SETOR DE HEMODINÂMICA EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em 06 de julho de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Professora Elaine Antunes

Professor Roger dos Santos Rosa

Professor Ronaldo Bordin

Orientador – Prof. Rolando Beulke - UFRGS

Dedico esta monografia à minha querida esposa Márcia pela paciência e compreensão das minhas ausências nos dias de aulas e na elaboração do estudo as sextas-feiras à noite e sábados pela manhã.

AGRADECIMENTOS

Aos colegas médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, técnicos em radiologia, pessoal do setor administrativo e pessoal do serviço de arquivo médico do IC-FUC que me auxiliaram e forneceram as informações necessárias para este trabalho.

À direção administrativa do IC-FUC, na pessoa do Dr. Rogério Pires que permitiu à controladoria da instituição fornecer os dados necessários para realização do trabalho.

Ao Professor Rolando Beulke pela gentileza e boa vontade de me orientar na elaboração da monografia.

Agradecimento especial aos colegas Daniel Sareta, faturista do departamento e Elvis P. Prestes, responsável pela controladoria da instituição. A paciência, os ensinamentos e orientações do colega Elvis Prestes é que tornaram possível esta monografia.

Objetivo certo é aumentar a qualidade dos resultados para o paciente.

Minimizar custos é uma meta equivocada, que leva a resultados contraproducentes. Eliminar desperdícios e serviços desnecessários é benéfico. A economia de custos deve decorrer da eficiência verdadeira, não de transferências de custos, restrições nos cuidados (racionamento) ou redução da qualidade.

Michael Porter e Elizabeth Teisberg (2007)

RESUMO

O setor de hemodinâmica tem significativa importância em um hospital com serviço de cardiologia, pois apresenta alta rotatividade de pacientes, conjuga procedimentos diagnósticos e terapêuticos, utiliza instalações e materiais complexos, seu desempenho depende de outras unidades hospitalares e auxilia importantemente no custeio hospitalar. O desenvolvimento de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas são associadas com aumentos de custos nos cuidados à saúde, gerando interesse na determinação da custo-efetividade na área da cardiologia. O instrumento necessário de gestão para qualquer empresa ou atividade é o emprego de um orçamento planejado, que permitirá calcular e estimar custos, para melhor aplicação dos recursos. A utilização deste recurso gerencial no setor de hemodinâmica tem a finalidade de compatibilizar o aspecto financeiro, sem prejuízo do resultado médico. O objetivo principal deste estudo é desenvolver a contribuição do planejamento orçamentário no processo gerencial do setor de hemodinâmica. O método utilizado foi estudo de caso com análise e projeção de orçamento referente ao departamento de hemodinâmica do IC-FUC com informações e dados fornecidos pela controladoria da instituição. Foram elaborados três cenários de acordo com a capacidade de realização de exames do serviço : pessimista (62 % da capacidade total), moderado (75 %) e um otimista (90%). Estima-se um acréscimo de 10,79 % da receita líquida no período pessimista; 52,82 % no cenário moderado e 109,95 % cenário otimista. Os custos diretos representam ao redor de 50 % da receita líquida. Verifica-se uma redução de 31,75 % nos custos fixos em relação à receita líquida no cenário moderado e de 49,43 % no cenário otimista. No cenário pessimista a rentabilidade é de 40,6; 42,96 % no moderado e 44,63 % no otimista. *Conclusão* - O departamento de hemodinâmica apresenta alta rentabilidade, tornando possível custear outras áreas não rentáveis. Existem custos que merecem atenção especial, a saber: OPME, medicamentos, depreciação e manutenção dos equipamentos.

Palavras chaves: gestão em saúde, planejamento, orçamento, hemodinâmica.

ABSTRACT

The catheterization laboratory (cathlab) is of paramount importance in a hospital because it works with a large volume of patients, aggregates diagnostic and therapeutics procedures and helps to the budgetary process. Additionally, the cathlab works with high complexity facilities and materials and its performance depends on others hospital departments. The development of new technology is related to an increase costs witch determines a great interest in cost-effectiveness in cardiology. Budget is the tool to plan and estimate costs and apply all the resources. The main objective of management is to balance economic resource not interfering in the medical practice. The main objective of this study is to contribute to the management of the cathlab. The utilized methodology was a series of cases focusing on analysis and estimated budget in the catheterization laboratory of “Institute of Cardiology of Rio Grande do Sul”. According to productive capacity, three hypothetic scenario were planned: pessimist (62% of productive capacity), moderate (75% of productive capacity) and optimist (90% of productive capacity). An increase in 10.79% of liquid gain in “pessimist period”, 52.82% in the moderate scenario and 109.95% in “optimist period” were estimated. Direct costs represented 50% of the all liquid gain. Fixed costs were reduced in 31.75% in the moderate scenario and 49.43% in the optimist scenario. In the pessimist scenario the lucrateness was 40.6%, 42.96% for the moderate and 44.63% for the optimistic scenario. In conclusion, the catheterization laboratory determines a high lucrateness wich could cost other departments in a hospital.

Keywords: budget, management, catheterization laboratory,

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Orçamento de Vendas	33
Tabela 2 - Orçamento de Produção.....	34
Tabela 3 - Orçamento de Despesas Operacionais	36
Tabela 4 - Demonstrativo de Resultados no Exercício Projetado.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS

ACTP = Angioplastia coronariana percutanea.

AD = Átrio direito

CENIC = Central Nacional de Intervenções Cardiovasculares

DATASUS = Banco de dados do SUS.

DRE = Demonstrativo de resultados do exercício

EH Estudo hemodinâmico

IC-FUC = Instituto de cardiologia – Fundação Universitária de Cardiologia

ICP = Intervenção coronariana percutanea

MBE = Medicina baseada em evidencias

ODO = Orçamento de despesas operacionais.

OP = Orçamento de produção

OPME = Órteses, próteses e materiais especiais

OV = Orçamento de vendas

PHD = procedimento hemodinâmico diagnóstico

PHT = procedimento hemodinâmico terapêutico

SBHCI = Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista

SH = Serviço de Hemodinâmica

SOLACI = Sociedade Sul-Americana de Cardiologia-Intervencionista

SUS = Serviço Único de Saúde

VB - Valvuloplastia com balão

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL E DO DEPARTAMENTO	14
3	DEFININDO O PROBLEMA	15
4	OBJETIVOS	18
5	JUSTIFICATIVA	19
6	BASE TEÓRICA	21
7	MÉTODO	30
8	RESULTADOS	33
8.1	ORÇAMENTO DE VENDAS.....	33
8.2	ORÇAMENTO DE PRODUÇÃO.....	34
8.3	PROJEÇÃO DOS CUSTOS DIRETOS.....	35
8.4	ORÇAMENTO DE DESPESAS OPERACIONAIS.....	36
8.5	DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS NO EXERCÍCIO PROJETADO.....	36
9	DISCUSSÃO	38
9.1	ORÇAMENTO DE VENDAS.....	39
9.2	ORÇAMENTO DE PRODUÇÃO.....	40
9.3	ORÇAMENTO DE DESPESAS OPERACIONAIS.....	41
9.4	DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DO EXERCÍCIO.....	42
9.5	LIMITAÇÕES.....	43
10	CONCLUSÃO	44
	REFERÊNCIAS	45
	ANEXO A - MORTALIDADE POR DOENÇA ISQUÊMICA DO CORAÇÃO NO BRASIL: 1999	49
	ANEXO B - TOTAL DOS ESTUDOS HEMODINÂMICOS NO BRASIL: 1995 A 2001	50
	ANEXO C - GASTOS COM HEMODINÂMICA EM REAIS NO BRASIL: 1995 A 2001	51
	ANEXO D - PROCEDIMENTOS DE HEMODINÂMICA NO IC-FUC: 2002 A 2008	52
	ANEXO E - PLANILHA DO ORÇAMENTO DE VENDAS	53
	ANEXO F - ORÇAMENTO DE PRODUÇÃO	55
	ANEXO G - ORÇAMENTO DE DESPESAS OPERACIONAIS	57
	ANEXO H - DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DO EXERCÍCIO	59

1 INTRODUÇÃO

Os laboratórios de hemodinâmica evoluíram na prestação de seus serviços e agregaram ao objetivo inicial, que era fazer diagnósticos, o recurso da realização de procedimentos terapêuticos. Em 1929, Werner Forssmann, em Eberwalde, Alemanha, realizou o primeiro cateterismo cardíaco humano. Durante seu treinamento como cirurgião, utilizando fluoroscopia, ele avançou um cateter uretral através de sua própria veia do braço até o átrio direito, na tentativa de desenvolver uma técnica de administrar medicamentos diretamente no coração. Apesar das críticas e repreensões o procedimento permitiu o tratamento de uma paciente com aborto séptico. Este foi provavelmente o primeiro cateterismo cardíaco terapêutico. Em 1956 o Dr Forssmann foi agraciado com prêmio Nobel, pelo seu pioneirismo (GOTTSCHALL, 2009). No ano de 1958 Mason Sones iniciou a injeção de contraste diretamente no interior das artérias coronárias, possibilitando o estudo destas artérias (BRAUNWALD, 1997). Em 1964 Dotter e Judkins desenvolveram uma técnica de dilatar artérias obstruídas (angioplastia transluminal) e Andréas Grunstriz, em 1977, realizou a primeira angioplastia com balão em artéria coronária de um paciente (BRAUNWALD, 1997).

No mês de setembro de 1971 tem início o serviço de hemodinâmica do Instituto de Cardiologia-Fundação Universitária de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IC-FUC RS), cujo diretor da instituição, na época, era o Dr. Rubem Rodrigues.

Naquele ano, no período de 3 meses, foram realizados 50 estudos hemodinâmicos e ano seguinte o número de procedimentos cresceu para 350. Em meados de 1973, os procedimentos terapêuticos começaram a ser realizados no IC-FUC: atrioseptomia (abertura do septo inter-atrial com balão em recém-nascidos) em 1973, angioplastia coronariana em 1982, valvuloplastia pulmonar com balão em 1986 e a partir daí os procedimentos terapêuticos cresceram nas salas de hemodinâmica (RODRIGUES, 1989; CARDOSO et al., 2007; DATASUS 2009). A estratégia percutânea evoluiu com avanços técnicos e principalmente de materiais. A tecnologia avançou de tal maneira que até manipulações genéticas podem ser realizadas em laboratórios de hemodinâmica. A celeridade das informações e do conhecimento médico obrigou a utilização de outros recursos para otimizar a prática médica e as normas de atendimento.

A consolidação de medicina baseada em evidências (MBE) através do Dr. Gordon Guyet, no Canadá, no ano de 1992, tornou as condutas médicas mais críticas e menos dependentes da experiência pessoal (SACKETT et al., 2003). A MBE estimulou o emprego de diretrizes na assistência médica com objetivo de melhorar os resultados para os pacientes. Uma das limitações atribuídas a MBE é que ela é lenta e tardia, não sendo uma ferramenta efetiva na diminuição dos custos. Porém, é possível verificar que o seu emprego contribuiu para eliminar certas práticas terapêuticas que aumentam os custos e os riscos, como exemplo, pode-se citar o uso de lidocaína profilática no infarto agudo do miocárdio (PORTER; TEISBERG, 2007).

O foco da assistência médica deve ser o bom atendimento com resultado adequado. Na assistência à saúde os melhores prestadores de serviço devem ser os mais eficientes e não necessariamente os mais dispendiosos (PORTER; TEISBERG, 2007). A boa qualidade é menos onerosa em razão de diagnósticos mais precisos, evita tratamentos ineficazes, menores taxas de complicações, recuperação mais rápida e tempo de internação mais curto (PORTER; TEISBERG, 2007; GUANDALINI; BORSATO, 2008). Na busca para responder a uma questão clínica ou terapêutica é necessária a análise econômica, que compare os custos e os resultados da decisão médica. Neste sentido há dificuldades nas análises econômicas e em geral geram controvérsias (PORTER; TEISBERG, 2007). O emprego da MBE permite fazer uma análise dos aspectos monetários (custo-benefício) e o impacto social (resultado sobre os desfechos) (SACKETT et al., 2003). A gestão destes dois eventos é fundamental para se obter mais eficácia e mais eficiência (PEREIRA, 2000).

A disponibilidade de um crescente número de tecnologias diagnósticas e terapêuticas associa-se com aumentos de custos nos cuidados à saúde, gerando interesse na determinação do custo-efetividade na área da cardiologia. A análise custo-benefício torna-se difícil de realizar, pois os custos são expressos em termos monetários (dólar, euros, reais, etc.) e a efetividade em termos de benefício à saúde (número de vidas salvas, qualidade de vida, etc.) (BRAUNWALD, 1997; GUANDALINI; BORSATO, 2008). O objetivo da análise custo-efetividade não é obter o maior benefício possível com o menor custo possível, pois é provável que não se consiga os dois simultaneamente. O que se deve procurar é a forma mais efetiva de utilização dos recursos disponíveis.

Visando compatibilizar sucesso médico com recursos disponíveis é necessário planejamento adequado, que possibilitará perceber a realidade, avaliar a trajetória,

construir um referencial futuro, estruturar e reavaliar os processos utilizados na assistência à saúde (CASTELLO, 2008).

Os serviços de intervenção-cardiovascular possuem e utilizam uma variedade de materiais de alto custo com renovação tecnológica freqüente. A gestão destes serviços deve objetivar impacto na viabilidade e na qualidade, pois a qualidade tem implicações diretas nos resultados operacionais dos procedimentos, nas taxas de sucesso e de complicações. O processo de gerenciamento deve planejar e coordenar todas as atividades necessárias para atingir níveis elevados de qualidade médica com melhor custo-efetividade, servindo de elo entre as atividades operacionais e o mercado (CASTELLO, 2008; VIDIGAL, 2002).

O instrumento necessário de gestão para qualquer empresa independente do porte ou atividade é o emprego de um orçamento planejado, que permitirá calcular e estimar custos, para melhor aplicação dos recursos. Orçamento é a ferramenta de controle por excelência de todo o processo operacional da empresa, pois envolve todos os setores da mesma (PADOVEZE, 2005; ZDANOWICZ, 1998).

O setor de hemodinâmica tem significativa importância em um hospital com serviço de cardiologia, pois seu desempenho depende de outras áreas (ambulatório, CTI, cirurgia, etc.), envolve profissionais especializados, auxilia importantemente no custeio hospitalar, apresenta alta rotatividade dos pacientes, conjuga procedimentos diagnósticos e terapêuticos, utilizando instalações e materiais complexos.

O presente estudo visa contribuir para gestão adequada de um serviço de hemodinâmica através do emprego do planejamento orçamentário, com a finalidade de compatibilizar o lado financeiro sem prejuízo na qualidade de atendimento.

2 CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL E DO DEPARTAMENTO

O Instituto de Cardiologia é um hospital especializado em cardiologia e administrado por uma fundação particular denominada Fundação Universitária de Cardiologia (IC-FUC). É uma instituição filantrópica, reconhecida de utilidade pública, criada em 1946, na época vinculada ao Departamento Estadual de Saúde e localizado na Avenida João Pessoa, na cidade de Porto Alegre. Em 25 de abril de 1968 foi inaugurada a nova sede do hospital, situada na Avenida Princesa Isabel 395, em Porto Alegre, sob a direção do grande responsável pela nova fase, o Dr. Rubem Rodrigues. A atividade do Instituto de Cardiologia-Fundação Universitária de Cardiologia, por inspiração do Dr. Rubem, deve se alicerçar sob o tripé: ensino, pesquisa e assistência médica. O atendimento clínico, de caráter ambulatorial, realiza 7889 consultas por mês. O número de pacientes atendidos no serviço de emergência no ano de 2008 foi de 43509, sendo 66,81 % através do SUS e 31,14 % de outros convênios ou particulares. Na área hospitalar o IC-FUC dispõe de 235 leitos clínicos, 15 leitos de cuidados coronarianos intensivos, 18 leitos de cuidados pós-operatórios imediatos e 8 leitos de unidade pediátrica, disponibilizando 60 % destes leitos aos usuários do SUS.

O Departamento de Hemodinâmica do IC-FUC dispõe de 12 médicos cardiologistas-intervencionistas, 4 enfermeiros, 31 técnicos em enfermagem e 2 técnicos em radiologia. Nos serviços de apoio conta com 5 secretárias, 3 controladores de materiais e 3 faturistas. Contribuem para força de trabalho 4 cardiologistas em formação para cardiologista-intervencionista, um médico clínico residente e dois residentes de enfermagem.

No Laboratório de Hemodinâmica do IC-FUC a capacidade total é de realizar 17 208 procedimentos em 1 ano, o que dá uma média mensal de 1 434, equivalente a 48 procedimentos por dia ou 16 exames/sala/dia, considerando que o hospital dispõe de 3 salas de hemodinâmica. O Serviço de Hemodinâmica do IC-FUC disponibiliza atendimento 24 horas por dia, durante 7 dias da semana, inclusive feriados e datas festivas. A maior parte dos procedimentos, ao redor de 95 %, é realizada entre 7 horas e 20 horas; os restantes 5 % são atendidos em regime de plantão, entre 20 horas e 7 horas.

3 DEFININDO O PROBLEMA

Estudo hemodinâmico ou procedimento hemodinâmico pode ser definido como o procedimento realizado com a introdução de cateteres no sistema venoso ou arterial de um paciente, com o objetivo de mensurar as pressões sanguíneas e injetar contraste no interior do coração e vasos cardíacos com finalidade diagnóstica. Contraste é uma substância que não permite a passagem dos raios-x, viabilizando a filmagem das estruturas cardíacas e assim refinar o diagnóstico de doenças das artérias coronárias, dos grandes vasos cardíacos (artérias pulmonares e aorta), do músculo cardíaco (miocárdio), das válvulas cardíacas, das veias e artérias periféricas, etc. Além do diagnóstico é possível avaliar a repercussão clínica das lesões ocasionadas por estas doenças. É um procedimento de natureza invasiva devido à necessidade de invadir o organismo com agulhas, cateteres e diversos dispositivos especiais.

Atualmente, existem vários exames ditos não invasivos (ecocardiograma, tomografia computadorizada, ressonância magnética, etc.) que permitem estudar o coração, veias e artérias, sem invadir o organismo. Porém, para estudar as artérias coronárias a cinecoronariografia (procedimento hemodinâmico no qual se injeta contraste nas artérias coronárias e se obtém imagens) ainda é o padrão ouro.

As doenças isquêmicas do coração, decorrente de lesões ateroscleróticas obstrutivas nas artérias coronárias situam-se, no Brasil e no mundo, entre as maiores causas de mortalidade e redução na qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Para o diagnóstico precoce da doença e adequada ação terapêutica é necessário estudar as artérias coronárias (cinecoronariografia) que, neste estudo, denomina-se “procedimento hemodinâmico diagnóstico” (PHD). Em um laboratório de hemodinâmica predominam os procedimentos diagnósticos para estudar as doenças coronarianas, pois, com advento dos exames não invasivos, o estudo das cardiopatias congênitas e valvulares se reduziu muito.

Após a realização do diagnóstico e da repercussão da lesão coronariana ou lesão valvular torna-se possível tratar determinados tipos de lesões, evitando ou postergando a cirurgia cardíaca. Nestes casos utilizam-se os mesmos equipamentos radiológicos com auxílio de outros materiais especiais, não usados nos PHD. Quando a técnica do procedimento é empregada com finalidade terapêutica de doença coronariana ou valvular denomina-se, neste estudo, de “procedimento hemodinâmico terapêutico” (PHT). O PHT é

mais conhecido como angioplastia coronariana ou intervenção coronariana percutânea, quando o tratamento é de uma artéria coronária doente; quando o tratamento é de lesão valvular cardíaca é denominado valvuloplastia com balão (VB).

Com este potencial de realizar procedimentos diagnósticos e terapêuticos cardiológicos no mesmo ambiente hospitalar, a expansão dos serviços de hemodinâmica aumentou significativamente no mundo e no Brasil (SBHCI, 2008; DATASUS, 2009). Na realização de um estudo hemodinâmico são necessários profissionais especializados como médico-cardiologista (especializado em hemodinâmica), enfermeiros com especialização em hemodinâmica, técnicos em enfermagem, técnicos em radiologia, além do apoio da estrutura hospitalar. Por questões de segurança e normas legais um serviço de hemodinâmica só pode ser instalado dentro de um hospital.

Na construção de um SH é necessário obedecer, normas técnicas para instalação do equipamento radiológico e proteção de áreas contíguas dos efeitos da radiação. Além da aparelhagem radiológica o serviço deve disponibilizar equipamentos iguais aos encontrados em uma unidade coronariana de cuidados intensivos (GUDOLINO et al.; 2008).

No Brasil o número de procedimentos hemodinâmicos tem crescido e conseqüentemente os gastos. De acordo com os dados do SUS, de 1995 a 2001, ocorreu um crescimento de 10 % nos procedimentos e uma variação positiva de 22 % nos gastos. No Rio Grande do Sul neste mesmo período ocorreu um aumento de 21 % no número de exames com elevação dos gastos em 36 %. Quanto aos PHT, especificamente de lesões coronarianas, onde ocorre a maior atuação da terapêutica hemodinâmica, os números cresceram de 9058 em 1995 para 26426 em 2005 de acordo com os dados do departamento de hemodinâmica (SBHCI, 2008).

A organização de um serviço de hemodinâmica implica em associar resultados médicos com gestão empresarial, objetivando o sucesso de ambos. Avalia-se o mercado, o número de serviços na região, o investimento, planos e metas, retorno financeiro para sustentabilidade, a demanda de procedimentos, organização dos processos, perspectiva de aprendizagem e crescimento pessoal (CASTELLO, 2008). Sobre cada um dos itens devem ser definidas metas a serem alcançadas, por intermédio de vários planos de ações, avaliados periodicamente por indicadores de desempenho. Estes planos são interligados e interdependentes, dando uma visão ampla e global do negócio. As empresas para se manterem no mercado globalizado e competitivo devem contar com excelência de

administração, empregando ferramentas gerenciais para utilização racional dos recursos (VARISCO, 2004). É comum ver vários empreendimentos na área da saúde, serem administrados por médicos, que nem sempre apresentam conhecimento adequado sobre gestão de negócios, gerando ineficiência nos processos e controles (ABBA, 2001; JACQUES, 2006). A experiência diária mostra que poucos serviços de saúde dispõem de indicadores e menos ainda os utilizam (CASTELLO, 2008).

Do exposto acima, o presente estudo, objetiva contribuir para gestão adequada de um serviço de hemodinâmica, empregando planejamento orçamentário.

4 OBJETIVOS

- *Geral* – Desenvolver a contribuição do planejamento orçamentário no processo gerencial do setor de hemodinâmica;
- *Específicos* –
 - a) evidenciar a importância das informações emanadas pela controladoria;
 - b) destacar as funções e utilidades do planejamento orçamentário na identificação dos custos e receita;
 - c) salientar a importância da hemodinâmica no custeio da atividade hospitalar.

5 JUSTIFICATIVA

Os serviços de hemodinâmica estão localizados em hospitais públicos ou privados, mas que disponham de determinados serviços de apoio, como unidade de cuidados intensivos, unidade de recuperação pós-operatória e cirurgia cardíaca. Nos hospitais públicos a gestão do serviço está subordinada à administração geral da instituição. Nos hospitais privados são geridos pelos proprietários ou por uma fundação ou outro tipo de organização, podendo o serviço ser do próprio hospital ou terceirizado para um grupo médico.

Na América Latina no período de 1998 a 2005 foram realizados 1 770 977 procedimentos hemodinâmicos, deste total 1 328 978 (74,8 %) foram procedimentos diagnósticos e 446 999 (25,2 %) procedimentos terapêuticos (SBHCI, 2008). No IC-FUC em dois períodos distintos: janeiro a junho de 2002 e janeiro a junho de 2005 os procedimentos terapêuticos foram 25,0 % e 25,4 % respectivamente. No período de janeiro de 2008 a junho de 2008 os procedimentos diagnósticos foram 71,3 % e os terapêuticos 28,7%.

As indicações para realização de procedimentos hemodinâmicos terapêuticos foram ampliadas, incluindo situações mais complexas e de maior risco. Ao mesmo tempo, torna-se imprescindível maior exigência quanto à qualificação dos profissionais, assim como a melhoria tanto estrutural como organizacional dos laboratórios de hemodinâmica. Essa evolução profissional e institucional requer parâmetros para avaliar o desempenho do serviço, objetivando índices de sucesso e complicações superponíveis ao da maioria dos centros mundiais (DENA et al., 2007; KING et al., 2007).

Para permitir harmonia entre sucesso médico e sucesso financeiro é necessária uma gestão de processos que identifique a produção, os erros, os acertos, os riscos e as características diferenciais do serviço. A gestão deste setor deve racionalizar os custos por meio de estratégias assistenciais, otimizando o atendimento de acordo com a gravidade e complexidade dos pacientes à estrutura do serviço, racionalizando os recursos, promovendo a eficiência dos recursos humanos e físicos (ABBA, 2001; JACQUES, 2006).

Face à escassez de publicações sobre o emprego de uma ferramenta de gerenciamento empresarial em muitos setores médicos, consideramos pertinente a utilização do planejamento orçamentário no SH, o qual nos permitirá visualizar as ações a serem executadas, bem como as perspectivas a respeito da contribuição da hemodinâmica no desempenho da empresa hospitalar.

6 BASE TEÓRICA

Um serviço de hemodinâmica para bem desempenhar sua função necessita de um sistema complexo de pessoal e equipamentos para obter o resultado médico desejado e beneficiar o paciente. Para que o sistema desempenhe sua missão é necessário planejamento. Planejamento é o processo de analisar e entender um sistema, avaliar suas capacidades, formular objetivos e metas, avaliar a efetividade dessas ações ou planos, escolher o plano prioritário, iniciar as ações necessárias para sua implementação e estabelecer um monitoramento contínuo dos sistemas (TANCREDI; BARROS; FERREIRA, 1998).

No setor saúde, planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção, aumentar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. No planejar devemos conhecer intimamente a situação atual do sistema e definir aquela que se pretende atingir, sendo para isso é necessário tomar decisões que afetam a estrutura, os processos de produção e o produto do sistema. Esta função deve ser desempenhada por um gestor (TANCREDI; BARROS; FERREIRA, 1998). Planejar é uma estratégia para aumentar as chances de sucesso de uma empresa num mundo de negócios que muda constantemente.

Atualmente o ambiente competitivo obriga as empresas a operarem com margens de lucro cada vez mais reduzidas onde, às vezes, pequenos detalhes separam os lucros dos prejuízos. O planejamento financeiro deve ter como alicerce o orçamento e controle, constituindo-se nos instrumentos indispensáveis da moderna administração (BEULKE; BERTO, 2008; ZDANOWICZ, 1998).

Orçar significa processar todos os dados constantes do sistema de informações contábeis atuais e introduzir os dados previstos para o próximo exercício, considerando as alterações já definidas para o próximo exercício (PADOVEZE, 2005).

“O orçamento deverá servir como instrumento disciplinador, passando a todos a certeza, a confiança e a fé na visão, na missão e no negócio da empresa.”
(Eduardo Burgos – Gerente Geral do Banco do Brasil S.A)

O orçamento pode e deve reunir diversos objetivos empresariais na busca de expressão do plano e do controle dos resultados. No plano orçamentário existem propósitos gerais que podem ser um meio de liberação de recursos, um meio para projeções e planejamentos futuros, um meio para coordenar os objetivos corporativos e setoriais, instrumento para motivar gestores, para avaliação e controle do desempenho dos gestores e como fonte para tomada de decisões (PADOVEZE, 2005). Orçamento é o instrumento de gestão necessário para qualquer empresa independente de seu porte ou atividade econômica. É a técnica que toma por base informações e dados de experiências passadas para orientar decisões futuras. A técnica orçamentária fundamenta-se em formulação prévia de um plano geral de ação para as empresas, de acordo com os objetivos ou metas e as políticas a curto e longo prazo, tendo como princípio a otimização no emprego dos recursos físicos, materiais e monetários disponíveis no período projetado. O orçamento deve apresentar flexibilidade na sua aplicação, permitindo corrigir desvios ocorridos. O orçamento no setor privado deve adequar a despesa à receita, no setor público adequa-se a receita à despesa (PADOVEZE, 2005; ZDANOWICZ, 1998).

O processo do planejamento orçamentário decorre da necessidade da empresa crescer de forma ordenada, tendo em vista a implementação e a adequação de padrões, princípios, métodos de processos racionais e utilização de práticas competitivas (ZDANOWICZ, 1998). O planejamento orçamentário busca vislumbrar um cenário operacional que deverá ser alcançado em determinado período, considerando aspectos relevantes de produtividade, qualidade e competitividade que o mercado exige. O detalhamento do planejamento pode variar de empresa para empresa ou no caso de hospitais de departamento para departamento. É através do planejamento orçamentário que se poderá visualizar as medidas que deverão ser executadas, bem como as expectativas a respeito do futuro da empresa (PADOVEZE, 2005; ZDANOWICZ, 1998).

O planejamento orçamentário permite visualizar medidas que deverão ser executadas, bem com as expectativas a respeito do futuro da empresa (PADOVEZE, 2005; ZDANOWICZ, 1998).

No processo de gestão duas funções apresentam-se relacionadas: planejamento orçamentário e o controle de resultados. Não haverá um planejamento efetivo se não houver um controle eficaz, assim como não haverá um controle efetivo sem um planejamento adequado. O planejamento a curto prazo, ou seja, periódico, seria compreendido de seis meses a um ano, com a finalidade de se obter o melhor emprego dos

recursos existentes físicos e monetários. Neste sentido, o planejamento orçamentário envolve confrontações e avaliações constantes dos resultados reais com estimativas feitas, indicando ações saneadoras e corretivas onde forem necessárias (IANESKO, 2001).

Os objetivos do planejamento orçamentário terão que ser quantificados através de metas. As quantificações de valor no tempo propiciarão formar as bases para o correto julgamento dos planos e da sua validação como indicadores de desempenho previamente idealizados (PADOVEZE, 2005).

O orçamento deve apresentar algumas características (IANESKO, 2001; ZDANOWICZ, 1998):

- 1) Projeção para o futuro – devido as modificações nas novas condições de trabalho, em virtude da transposição de uma situação atual projetada para o futuro como as estimativas das vendas, dos custos de aquisição de matérias, mão de obra, custos indiretos e despesas operacionais; a projeção para o futuro deverá especificar o quanto e quando as atividades deverão se concretizar;
- 2) Flexibilidade na aplicação – não pode ser visto como uma peça estática e imutável no tempo, pois mudanças ocorrerão na economia e no mercado; o planejamento orçamentário indicará as divergências entre os valores planejados e os realizados, proporcionando ao gestor implementar medidas corretivas;
- 3) Participação direta dos responsáveis – ao programar o planejamento orçamentário e controlar seus resultados os princípios de responsabilidade e autoridade devem ser observados rigorosamente com engajamento de todos componentes do setor;
- 4) Global – deve envolver todas as atividades operacionais do departamento;
- 5) Prático – a elaboração do orçamento deverá ser em tempo hábil, para que a execução ocorra no momento certo;
- 6) Critérios uniformes – os princípios e padrões devem ser definidos previamente;
- 7) Quantificação – o orçamento deverá ser expresso em valores físicos e monetários;
- 8) Economicidade – deverá revelar, em termos econômicos, o que se terá de fazer e o que se pretende fazer na empresa (departamento) no período orçamentário para obterem-se benefícios.

O emprego do planejamento orçamentário fornece algumas vantagens na gestão (IANESKO, 2001; PADOVEZE, 2005):

- a) compele os administradores a pensar no futuro para dar forma as suas responsabilidades;
- b) fornece expectativas definidas que permitem julgar o desempenho subsequente;
- c) ajuda na coordenação de esforços, de tal maneira que os objetivos da organização como um todo, sejam, confrontados com os objetivos de suas partes;
- d) obriga a análise antecipada das políticas básicas da empresa;
- e) permite definir responsabilidades de cada função na empresa (departamento);
- f) força a administração a expressar em números o que é preciso fazer para alcançar resultados satisfatórios;
- g) reorganiza a sistematização contábil;
- h) obriga a administração utilizar seus recursos de maneira mais econômica (minimizando custos e otimizando receitas);
- i) obriga a um auto-análise periódica da empresa (departamento).

Não existe uma única maneira de estruturar o orçamento e de como fazer o processo de avaliação e controle. Para dar fundamentação ao planejamento orçamentário dois conceitos existentes são importantes: orçamento de tendências e orçamento base zero (IANESKO, 2001; PADOVEZE, 2005).

O orçamento de tendências tem como base dados passados para projetar situações futuras. Na prática resulta em bons resultados, pois há uma forte tendência para repetição dos eventos. É evidente que a reprodução não será exatamente a mesma, pois novas situações ocorrerão e outras deixarão de existir.

Já o orçamento base zero nunca parte da observação de dados anteriores. A proposta do orçamento base zero assume que o ponto de partida para cada despesa discredionada é zero. A proposta do orçamento base zero é sempre rediscutir a empresa ao elaborar o orçamento.

Basicamente existem dois tipos clássicos de orçamento: orçamento estático e orçamento flexível (PADOVEZE, 2005).

O orçamento estático é o mais comum, onde todas as peças orçamentárias são elaboradas a partir da fixação de determinados volume de produção e vendas. É considerado estático quando a administração do sistema não permite alterações nas peças orçamentárias. Este último é muito utilizado nas grandes corporações.

O orçamento flexível, em vez de um único número determinado de volume de vendas ou produção, a empresa admite uma faixa do nível das atividades. A base para a elaboração do orçamento flexível é a distinção entre custos fixos e variáveis. Os custos variáveis seguirão o volume das atividades, enquanto os custos fixos serão considerados da maneira tradicional. Para evitar entendimento errôneo quanto à conceituação há a preocupação em substituir o termo variável por proporcional e o custo fixo por “não proporcional”. Existem autores que afirmam que a longo prazo todos os custos acabam sendo variáveis. Esta discussão não seria puramente conceitual, pois tem implicações básicas na forma de apropriação dos custos em função do sistema de custeio a adotar (BEULKE; BERTO, 2008).

Na elaboração do processo orçamentário existem três grandes fases: previsão, reprojeção e controle (PADOVEZE, 2005).

Na fase de previsão todos os dados calculados devem expressar o que a empresa espera e preve. Esta fase deve ser iniciada ao redor de seis meses antes do exercício ser orçado.

A reprojeção é quando os dados são avaliados pelos responsáveis, devendo estar pronta entre um e dois meses antes de iniciar o exercício projetado.

O controle ocorre ao analisar os resultados e se verificar se os objetivos previstos foram atingidos, permitindo avaliar o desempenho das áreas responsáveis e efetuar as correções necessárias.

Aos gestores e à controladoria são reservadas duas tarefas fundamentais para realização do planejamento orçamentário: a construção dos cenários e a definição das premissas (PADOVEZE, 2005). Na construção dos cenários os dados são os existentes nos meios de comunicação, publicações especializadas, entidades governamentais, etc. A técnica mais utilizada é apresentar as variáveis econômicas em dois ou três cenários prováveis, decorrentes da leitura das perspectivas embasadas na atualidade do ambiente

econômico. Em princípio os dados do cenário moderado deverão ser os que a empresa adote como os mais prováveis. As premissas orçamentárias são os dados de ordem geral e que tendem afetar direta ou indiretamente toda a empresa e as quais depois de assumidas devem ser respeitadas.

A estrutura do planejamento orçamentário contempla três grandes segmentos:

- orçamento operacional;
- orçamento de investimento e financiamento;
- orçamento dos demonstrativos contábeis.

O orçamento operacional é o que contém a maior parte das peças orçamentárias, pois abarca os orçamentos específicos que atingem a estrutura hierárquica da empresa, englobando as áreas administrativa, comercial e de produção. O orçamento operacional equivale à demonstração de resultados do exercício (DRE) no período orçamentário. O DRE projetado é elaborado a partir dos orçamentos de vendas, produção e despesas operacionais, nesta ordem (PADOVEZE, 2005).

Como um hospital é composto por várias unidades (CTI, centro cirúrgico, hemodinâmica, etc.) torna-se possível a aplicação do conceito de departamentalização na administração hospitalar.

A departamentalização é o processo que em determinada organização agrupa funções ou atividades similares e relacionadas. Numa primeira fase é efetuada a divisão do trabalho em tarefas de forma a conseguir ganhos de produtividade proporcionados pela especialização, a fim de se obter uma gestão eficiente (BERNARDES; MARCONDES, 2004; NUNES, 2007).

O emprego da departamentalização apresenta vantagens e desvantagens:

- vantagens = divisão de trabalho por grupos especializados, que podem apresentar melhor eficiência do que grandes unidades administrativas, desempenhando funções diversificadas; diminui o número de subordinados e facilita a supervisão realizada pelo gestor;
- desvantagens = os membros do departamento podem perder a visão de conjunto e provocar conflitos na divisão de recursos.

A divisão do trabalho e posterior reagrupamento podem ser efetuados de três formas que originam diferentes tipos de estrutura organizacional:

- divisão por hierarquia;
- divisão por função exercida;
- divisão por departamento, ou setores ou unidades.

A escolha de qual critério a adotar para efetuar a divisão do trabalho e a departamentalização depende, geralmente, dos objetivos da organização, das características do ambiente externo, da tecnologia utilizada, da dimensão da organização, da existência ou não de separação geográfica e da estratégia escolhida (BERNARDES, 2004; NUNES, 2007).

O suporte para gerar informações que tornem possível o emprego do planejamento orçamentário em qualquer departamento é a controladoria (DIAS, 2002). O papel da controladoria na estrutura organizacional é o de participar e acompanhar o processo de gestão, planejamento, execução, controle, monitorando e dando suporte aos gestores com informações objetivas e oportunas para tomada de decisões empresariais (DIAS, 2002). A controladoria dentro da empresa deve conhecer os processos de todas as áreas e o sistema de informação, para auxiliar nas tomadas de decisão. Como unidade administrativa coordena e participa do planejamento global, de modo a atingir objetivos propostos e garantir a eficácia da empresa. Deve participar no processo de gestão, ajudando na melhoria dos sistemas gerenciais, para aumentar o desempenho dos gestores, a eficácia e eficiência dos resultados das unidades. O profissional da controladoria não tem autonomia para decidir isoladamente, mas deve manter os administradores informados quanto à situação econômica e financeira, ao controlar o desempenho, ao cumprimento da missão, objetivos e metas estabelecidas pelos gestores. O processo para tomadas de decisões que afetam a estrutura, os processos de produção e o produto do sistema são conduzidos pelo gestor. Há necessidade de coordenar os esforços dos vários componentes do sistema, controlar os processos, o rendimento das partes, avaliarem os produtos finais e resultados.

O gestor se responsabiliza pela efetividade e eficiência dos insumos, de modo a traduzi-los em produtos (no caso da hemodinâmica=procedimentos) que levam a organização a atingir os resultados esperados (TANCREDI; BARROS; FERREIRA, 1998). O gerenciamento do departamento de hemodinâmica deve envolver dois tipos de gerencias: gerencia médica e gerencia de atividades médicas. A gerencia médica envolve familiaridade com os procedimentos médicos especializados e tem um campo mais específico. A gerencia de atividades médicas requer uma amplitude maior de conhecimentos, que inclui as características funcionais da organização, os instrumentos e as técnicas administrativas, bem como o entendimento da contribuição das diferentes áreas para concretização dos objetivos organizacionais. Essa exigência do entendimento inclui conhecimentos sobre finanças, contabilidade, produção, marketing, recursos humanos, planejamento e assuntos administrativos, com a finalidade de integrar e coordenar essas diferentes áreas com o intuito de fornecer apoio para aqueles que se relacionam com as atividades médicas (YAMAMOTO, 2002).

Há fatores internos e externos que influenciam o departamento de hemodinâmica e podem comprometer seus resultados, por isso o gestor deve (GUDOLINO et al., 2008; YAMAMOTO, 2002):

- encarar o Serviço de Hemodinâmica como serviço amplo de intervenções cardíaco-vasculares, como unidade de saúde viável, independentemente da sua relação com o hospital no qual está inserido;
- buscar sustentabilidade para o crescimento e a proteção do patrimônio;
- liderar e fixar padrões de qualidade;
- identificar desempenho insatisfatório e a melhor maneira de corrigi-lo;
- identificar desempenho superior e utiliza-lo para o crescimento;
- observar princípio éticos e atender os ditames da política interna;
- estar atento às operações diárias e analisar os relatórios das operações;
- estabelecer ações em equipe, visando o aperfeiçoamento contínuo;
- agilizar decisões para corrigir falhas e responder rápido as alterações de demanda;

- otimizar e adequar o quadro pessoal nos processos em curso e aos aspectos históricos;
- crescer no mercado com novos métodos, novas tecnologias, etc.

As bases teóricas deste estudo assentam-se no planejamento orçamentário aplicado ao Departamento de Hemodinâmica de um serviço hospitalar filantrópico..

7 METÓDOS

A presente monografia é do tipo “Estudo de caso” com análise e projeção do orçamento referente ao Departamento de Hemodinâmica do IC-FUC. Os elementos básicos utilizados na elaboração do estudo são compostos por informações e dados fornecidos pela controladoria da instituição. É objetivo deste trabalho apresentar o método de “Estudo de caso” como uma estratégia de pesquisa e considerar aspectos relevantes para o desenho e a condução da monografia.

O Método de “Estudo de Caso” refere-se a uma análise intensiva de uma situação particular, sendo a descrição de uma situação gerencial, investigando empiricamente um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto, ainda não claramente evidente e onde múltiplas fontes de evidências são utilizadas (CAMPOMAR, 1991).

De modo específico, este método é adequado para responder às questões "como" e "por que" que são questões explicativas e tratam de relações operacionais que ocorrem ao longo do tempo mais do que frequências ou incidências. A preferência pelo uso do “Estudo de Caso” deve ser dada quando do estudo de eventos contemporâneos, em situações onde os comportamentos relevantes não podem ser manipulados, mas onde é possível se fazer observações diretas e entrevistas sistemáticas. Apesar de ter pontos em comum com o método histórico, o “Estudo de Caso” se caracteriza pela capacidade de lidar com uma completa variedade de evidências - documentos, artefatos, entrevistas e observações (BRESSAN, 2000).

De forma sintética, Yin (1989) apresenta quatro aplicações para o Método do Estudo de Caso:

1. Para explicar ligações causais nas intervenções na vida real que são muito complexas para serem abordadas por levantamentos ou por estratégias experimentais;
2. Para descrever o contexto da vida real no qual a intervenção ocorreu;
3. Para fazer uma avaliação, ainda que de forma descritiva, da intervenção realizada; e

4. Para explorar aquelas situações onde as intervenções avaliadas não possuam resultados claros e específicos.

O material necessário para realização do trabalho foi obtido com autorização da administração do IC-FUC, que disponibilizou as informações junto à controladoria do hospital, setores de material do departamento e de enfermagem. No processo gerencial da instituição é utilizado o programa de informática MV e após os dados são transferidos para planilhas do programa Excel.

O intervalo temporal para realização do estudo foi de 6 meses: janeiro de 2008 a junho de 2008, considerado período base; e o orçamento projetado será para o primeiro semestre de 2009.

Para projetar o orçamento algumas premissas foram consideradas, fundamentadas na literatura: informações da SBHCI e SOLACI, indicadores oficiais fornecidos pelo Banco Central, DATASUS (disponíveis na internet) e banco de dados da instituição. O orçamento projetado é apresentado em valores físicos e monetários. As unidades físicas são expressas em números absolutos, médias e porcentagens. As unidades monetárias são expressas em reais.

A correção, quando necessária, dos valores orçamentários, foi feita através de indicadores oficiais, indicadores de reajuste das categorias profissionais e cotação do dólar. Os indicadores principais estimados para o primeiro semestre de 2009 foram: dólar a R\$ 2,40, inflação de 4,7 % e INPC (índice nacional de preço ao consumidor) de 6,06 %.

Sendo um orçamento departamental, não foram realizados orçamentos que transcendem ao departamento, como orçamento de caixa, orçamento fiscal e orçamento de investimentos. Foram elaborados três cenários para expressar o orçamento: um pessimista, um moderado e um otimista. Em todos os cenários considera-se o número absoluto de procedimentos prestados aos SUS constante, ou seja, 3770 procedimentos.

O cenário pessimista seria a utilização de 63 % da capacidade total do laboratório, o que equivale a um aumento de 5 % no número de procedimentos, considerando que a média de crescimento no período de 2002 a 2008 foi de 6 %.

O cenário moderado seria a utilização de 75 % da capacidade total do laboratório.

O cenário otimista seria a utilização de 90 % da capacidade total do laboratório.

No período base, de janeiro a junho de 2008, 71,9 % dos procedimentos foram prestados a usuários do SUS e 28,2 % a pacientes de convênios. A contribuição do SUS na receita bruta é igual a 40%, pois além do valor dos procedimentos em si, o hospital, por suas características de ensino, universitário e alta complexidade recebe uma receita complementar.

A receita bruta do período base, utilizando proporcionalidade, serviu para decompor a quantidade de exames de convênios e SUS passíveis de serem realizados no período do orçamento projetado.

8 RESULTADOS

Uma das características da gestão hospitalar é a estruturação das atividades em setores, unidades ou departamentos. O produto dos departamentos são serviços prestados e no caso da hemodinâmica o produto são procedimentos.

8.1 ORÇAMENTO DE VENDAS

Tabela 1 - Orçamento de Vendas

	Período basal	Cenário pessimista	Cenário moderado	Cenário otimista
Nº Procedimentos	5160	5418	6480	7776
SUS	3707	3707	3707	3707
Convênios	1453	1711	2773	4069
R. bruta SUS (R\$)	4.187.671,57	4.187.671,57	4.187.671,57	4.187.671,57
R.bruta convênios (R\$)	6.281.507,35	7.405.549,87	12.117.825,23	17.781.258,88
Receita bruta (R\$)	10.469.178,92	11.593.221,44	16.305.496,80	21.968.930,45
Glosas=1,5 % (R\$)	162.375,65	173.898,32	244.582,45	329.533,96
Receita líquida (R\$)	10.306.803,27	11.419.323,12	16.060.914,35	21.639.396,49

No orçamento de vendas deve-se responder a questão: o que vender? No caso da hemodinâmica vendem-se procedimentos. No serviço de hemodinâmica a quantidade vendida e produzida são as mesmas, pois não é possível estocar procedimentos. A quantidade orçada para venda depende da capacidade das equipes médica e de enfermagem, basicamente, e do equipamento disponível.

Considerando o período base e as premissas citadas na metodologia foram projetados três cenários. Na construção dos cenários o número absoluto de procedimentos prestados ao SUS foi mantido constante nos três cenários, igual 3770. Em consequência teremos os seguintes percentuais: no cenário pessimista, 68,4 % SUS e 31,6 % convênios; no cenário

moderado, 57,2 % SUS e 42,8 % convênios; no cenário otimista 47,7 % SUS e 52,3 % convênios.

No cenário pessimista, com utilização de 63 % da capacidade total do laboratório, haverá um aumento de 5 % no total de procedimentos em relação ao período base, correspondendo na receita líquida a um acréscimo de 10,8 % e em valor absoluto de R\$ 1.112.519,85. A taxa de convênios deve aumentar em 17,7 %. Para obtenção destes resultados, a cota diária de procedimentos de convênios deve ser igual a 10, que representa um aumento de dois procedimentos de convênios por dia, em relação ao período base.

No cenário moderado, utilizando 75 % da capacidade total do laboratório, e mantendo o mesmo número de procedimentos de SUS haverá um aumento de 25,6 % no volume de procedimentos, que ocasionará um acréscimo de 55,8 % na receita líquida e aumento absoluto de R\$ 5.754.111,08. Estes valores serão consequência, primordialmente, de um aumento de 90,9 % na taxa de convênios, que corresponde a realizar 15 exames hemodinâmicos de convenio por dia, o equivalente em aumentar 7 exames de convenio por dia.

No cenário otimista, utilizando 90 % da capacidade total do laboratório, o número dos procedimentos aumentara em 50,7 % ocasionando acréscimo percentual de 109,9 % na receita líquida e um valor absoluto de R\$ 11.332.593,22. A taxa de convênios deve aumentar 180,8 % no semestre e o número diário de procedimentos de convênios será 23, que corresponde a um acréscimo de 15 exames de convênios por dia.

8.2 ORÇAMENTO DE PRODUÇÃO

Tabela 2 - Orçamento de Produção

	P.base	C.pessimista	C.moderado	C.otimista
Medicamentos (R\$)	361.301,31	400.545,96	569.493,64	758.168,66
OPME (R\$)	3.945.576,29	4.368.283,95	6.131.431,68	8.279.550,07
Outros materiais (R\$)	129.874,84	143.961,36	204.415,53	272.534,39
Honorários médicos (R\$)	809.977,28	898.418,57	1.283.611,49	1.699.687,69
Custos diretos (R\$)	5.246.729,72	5.811.210,51	8.188.952,34	11.009.940,81
Receita bruta (R\$)	10.469.178,92	11.593.221,44	16.305.496,80	21.968.930,45
M.de contribuição (R\$)	5.060.075,55	5.068.112,61	7.871.962,01	10.629.455,68

O orçamento de produção teve sua elaboração baseada nos dados do orçamento de vendas (VER ANEXO E). A elaboração do orçamento de produção no departamento de hemodinâmica apresenta características singulares dependente do número de procedimentos diários, os quais não podem ser estocados. Além disso, a mão de obra direta, composta pelos médicos, não recebe remuneração nem do departamento, nem do hospital. Os mesmos são remunerados pelo SUS, convênios e particulares, sendo que o hospital repassa os valores recebidos.

O orçamento de produção foi decomposto nos seguintes itens: (a) custo dos insumos; (b) custo dos honorários médicos (VER ANEXO F).

8.3 PROJEÇÃO DOS CUSTOS DIRETOS

Na demonstração do orçamento de produção consideramos os custos diretos e elaboramos os três cenários projetados. Os valores dos custos sofreram correções para o primeiro semestre de 2009, de acordo com a valorização do dolar e o INPC estimados para o referido período.

No total dos custos diretos três itens contribuem com 97,5 %, a saber: OPME (stent, cateteres, etc.) com 75,1 %; honorários médicos, 15,5 % e medicamentos com 6,9 %. Material de enfermagem, material médico-hospitalar, gases medicinais, gêneros alimentícios e material radiológico representam 2,5 % dos custos diretos. Os honorários médicos, se excluídos deste total, pois os mesmos são repasses que o hospital faz aos médicos dos honorários pagos pelo SUS e convênios, fazem com que as OPME e os medicamentos representem efetivamente 81,9 % do valor total dos custos diretos. Nos três cenários estimados os custos diretos consomem 50,1 % da receita bruta.

8.4 ORÇAMENTO DE DESPESAS OPERACIONAIS

Tabela 3 - Orçamento de Despesas Operacionais

	Período base	Período orçado
CUSTOS COM PESSOAL (R\$)	514.775,69	548.750,89
CUSTOS COM MATERIAIS (R\$)	55.115,19	58.256,76
CUSTOS GERAIS (R\$)	125.368,41	132.514,41
DEPRECIÇÃO (R\$)	220.430,79	232.995,35
CUSTOS FIXOS (R\$)	915.690,08	972.517,40

Dentre as principais despesas operacionais encontram-se, a saber: a) materiais secundários; b) encargos sociais com pessoal não médico; c) consumo de energia elétrica, água, telefone, etc.; d) depreciações de máquinas e equipamentos; e) serviços de terceiros e manutenção.

Os gastos com pessoal representam 56,2 % dos custos fixos. Os custos de materiais específicos e gerais para serviços administrativos, higienização, lavanderia, etc. representam 19,6 % dos custos fixos. A depreciação dos equipamentos considerada isoladamente equivale a 23,9 % das despesas operacionais.

8.5 DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS NO EXERCÍCIO PROJETADO

Tabela 4 - Demonstrativo de Resultados no Exercício Projetado

D.R.E.	Jan a Jun 2008	Jan a Jun 2009		
	Período basal	Cenário pessimista	Cenário moderado	Cenário otimista
Produção	5.160	5.418	6.480	7.776
R.líquida (R\$)	10.306.803,27	11.419.323,12	16.060.914,35	21.639.396,49
C.diretos (R\$)	5.246.729,72	5.811.210,51	8.188.952,34	11.009.940,81
D.operacionais	915.690,08	972.517,40	972.517,40	972.517,40
R.operacional	4.144.383,47	4.635.595,21	6.899.444,61	9.656.938,28
R.não operacional	1.076,33	1.076,33	1.076,33	1.076,33
M.contribuição	5.060.073,55	5.608.112,61	7.871.962,01	10.629.455,68
R.gerencial	4.145.459,80	4.636.671,54	6.900.520,94	9.658.014,61
Rentabilidade	40,22 %	40,60 %	42,96 %	44,63 %

O DRE para o período considerado é elaborado a partir dos elementos fornecidos pelos orçamentos de vendas, produção e despesas operacionais. Este instrumento permite avaliar o desempenho do setor e auxilia no alcance dos objetivos e metas traçados. Isso favorece a criação de um sistema de avaliação que tende a verificar a eficiência do setor.

Em todos três cenários há aumento na receita líquida. O aumento do custos diretos representam entre 50 e 51 % da receita líquida. Há uma redução de 31,7 % nos custos fixos em relação à receita líquida no cenário moderado e de 49,4 % no cenário otimista. No cenário pessimista a rentabilidade tem um aumento de 0,8 % em relação ao período base; os cenários moderados e otimistas apresentam crescimento de 6,4 % e 10,3 % em relação ao período base.

9 DISCUSSÃO

“O que você não mensura, você não gerencia” (ALMEIDA, 2008, p. 50).

Neste trabalho procuramos identificar a contribuição que o planejamento orçamentário pode dar ao departamento de hemodinâmica. Entre as funções básicas da administração duas relacionam-se diretamente ao processo de elaboração do sistema orçamentário: planejamento e controle de resultados (IANESKO, 2001; PADOVEZE, 2005; ZDANOWICZ, 1998). O planejamento a curto prazo seria compreendido de seis meses a um ano, com a finalidade de se obter o melhor emprego dos recursos existentes, tanto físicos, como monetários (IANESKO, 2001).

O sucesso de uma empresa depende de mecanismos gerenciais que auxiliem no processo operacional. As constantes adaptações às novas situações exigem atividades planejadas com objetivos e metas definidas para sua execução adequada. O gestor deve procurar realizar mais com os mesmos recursos ou então com os mesmos recursos fazer melhor. Uma empresa na perspectiva de ganhar mercado deve reduzir os preços, o que implica em reduzir custos e aumentar a produtividade. O planejamento orçamentário torna-se um instrumento de ação que auxilia no processo de tomadas de decisões da empresa.

O estudo está direcionado para o planejamento orçamentário de um departamento, sendo composto pelo orçamento de vendas, orçamento de produção, orçamento de despesas operacionais e demonstrativos de resultados do exercício. Não compete ao departamento abordar orçamento de caixa, orçamento de investimentos, balanço patrimonial e orçamento global. Na elaboração do orçamento de vendas necessitamos definir a quantidade de procedimentos que serão realizados e sugerir as estratégias para atingir estes objetivos.

“A montagem criteriosa do orçamento de vendas permitirá à direção administrar as ações estratégicas e metas operacionais com a visão no negócio de curto, médio e longo prazo da empresa”. (Elton Freitas – Diretor do Banco ABN Amro Real S.A.)

9.1 ORÇAMENTO DE VENDAS

O orçamento de vendas é o marco inicial do planejamento orçamentário. Ele auxilia os gestores da instituição a formular o preço de venda do produto (procedimentos) (ZDANOWICZ, 1998). Na sua elaboração alguns aspectos devem ser observados especificamente relacionados às características do departamento: o potencial do mercado e nível de demanda. O orçamento de vendas deve ser realista e flexível. (IANESKO, 2001; PADOVEZE, 2005; ZDANOWICZ, 1998). Pela análise histórica da hemodinâmica, pelo crescimento da cardiologia-intervencionista e dos procedimentos percutâneos no Brasil e no mundo é possível crer que o mercado crescerá e a demanda real também. (DATASUS, 2008;SBHCI,2009)

No período base, janeiro de 2008 a junho de 2008, foram realizados 5160 procedimentos, sendo que em três meses o número de exames esteve acima do teto do SUS (584 procedimentos mensais). Neste mesmo período uma sala ficou inoperante por 36 dias, o que acarretou lista de espera para realização de procedimentos e a necessidade de aumentar a jornada de trabalho. Isto implica em mais custos decorrentes de horas extras e trabalho noturno. Teoricamente, a inoperância de 36 dias de uma sala, representa 576 procedimentos que deixaram de ser realizados. Caso estes exames tivessem sido feitos (576) procedimentos e fossem somados aos exames do período base (5160 procedimentos) o total de procedimentos seria 5736, que superaria o cenário pessimista (5418 exames) e seria igual a 73,7 % dos procedimentos do cenário otimista.

Do ano 2002 a 2008 a média mensal de procedimentos foi igual a 871, sendo o SUS responsável por 71,9 % e os outros convênios por 28,1 % do total. Um fator limitante a ser considerado no número de procedimentos é o teto imposto pelo SUS, no valor de R\$ 660.003,89 mensais, o que corresponde a 584 procedimentos. Como o IC-FUC é uma instituição que se caracteriza por não deixar de atender quem lhe procura, o referido teto é sempre superado, o que gera ao hospital algum tipo de prejuízo. No período base ocorreu superação do teto no valor médio de 5,5 %. Para compensar esta limitação seria adequado aumentar o atendimento a outros convênios. Considerando o período base, temos que: no cenário pessimista deve-se atingir uma cota mensal de 285 procedimentos para convênios, o que representa aumentar dois procedimentos de convenio por dia; no cenário moderado os procedimentos mensais prestados a convênios seriam iguais a 462 ou o mesmo que

aumentar sete procedimentos de convênios por dia; no cenário otimista o número mensal de convênios será de 678 que corresponde a um acréscimo de 15 exames por dia.

Com base no número de exames podemos estimar um aumento na receita líquida de 10,8 % no cenário pessimista, 55,8 % no cenário moderado e de 109,9 % no cenário otimista.

Considerando os fatos acima mencionados, o número de médicos do departamento, pessoal de enfermagem, pessoal técnico, pessoal de apoio administrativo e com 3 salas operantes é possível crer que o orçamento de vendas dos cenários moderado e otimista possam ser atingidos.

“A elaboração do orçamento de produção deverá construir o crescimento inteligente da empresa, tendo em vista a redução dos custos operacionais e de capital, criando valor em qualidade e quantidade do produto.” (Douglas Peixoto – Trader PL/ Banco HSBC S.A.).

9.2 ORÇAMENTO DE PRODUÇÃO

O orçamento de produção tem origem no cálculo antecipado dos procedimentos a serem vendidos e não tem sentido uma produção ser projetada se não houver mercado para o produto, pois a receita auferida, além de cobrir os custos operacionais e não-operacionais, deverá proporcionar uma sobra (IANESKO, 2001). A elaboração do orçamento de produção é documento básico para avaliar compras e consumo de materiais especiais, assim como o custo da mão de obra direta. No departamento em estudo o custo da mão de obra direta é nulo, pois, como referido anteriormente, a mão de obra direta é paga pelos convênios com repasse por intermédio do hospital. O planejamento e controle da produção (procedimentos) devem ser compatíveis com a capacidade instalada e à adequação das instalações, visando dar sustentação ao processo produtivo quanto à qualidade, produtividade e competitividade da instituição (PADOVEZE, 2005). Cada equipamento tem uma capacidade máxima produtiva, que deve ser mensurada de acordo com o seu objetivo e aplicação a que se destina. O orçamento de produção expressa a quantidade de procedimentos realizados durante o período orçamentário com o seu respectivo custo, estabiliza a produção e racionaliza os custos (PADOVEZE, 2005; ZDANOWICZ, 1998). Fato importante a ser considerado no orçamento de produção do SH é que o serviço prestado não pode ser estocado. No orçamento de produção os custos

diretos representam 50,1 % da receita bruta, sendo que OPME e medicamentos são responsáveis por 81,9 % destes custos. A margem de contribuição aumenta nos três cenários e ocasiona acréscimo de 10,7 % no cenário pessimista, 54,4 % no cenário moderado e 109,8 % no cenário otimista.

“A correta gestão do orçamento das despesas operacionais impacta diretamente na margem líquida da empresa.” (Santiago Santos Gottschall – Gerente de Contas/ Banco de Boston).

9.3 ORÇAMENTO DE DESPESAS OPERACIONAIS

O orçamento de despesas operacionais é composto normalmente pelas despesas administrativas com vendas, financeiras e tributárias e serve para estimar estas despesas em determinado período. No departamento de hemodinâmica as despesas operacionais compreendem custos com pessoal de enfermagem e técnicos, pessoal burocrático, com materiais e depreciação dos equipamentos (ZDANOWICZ, 1998). Tratam-se de gastos não ligados às operações de produção e vendas do departamento, mas são indispensáveis a manutenção do serviço. No departamento de hemodinâmica nos fixamos somente com as despesas administrativas, pois as vendas, questões tributárias e financeiras são da alçada da administração central. No período orçado verifica-se que 89,8 % dos custos fixos são compostos pelo gasto com pessoal e equipamento. A depreciação e a manutenção consomem juntas 33,4 % dos custos fixos. Os serviços de terceiros que via de regra são utilizados para consertos nos equipamentos, sendo agregados à depreciação e manutenção elevam o percentual para 36,7 % dos custo fixos. No período orçado, em relação à receita líquida, os gastos com equipamento e sua manutenção representam no cenário pessimista 3,1 %, no cenário moderado 2,2 % e no cenário otimista 1,6 %.

“O demonstrativo de resultados no exercício projetado constitui-se em importante instrumento gerencial, pois informará ao acionista a futura capacidade econômica da empresa em gerar lucro.” (Roberto Nejar – Head Regional – U.B.Brasileiros S.A.)

9.4 DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DO EXERCÍCIO

Após elaboração dos orçamentos de vendas, de produção e despesas operacionais é exposto o demonstrativo de resultados para o exercício projetado (DRE), que permite avaliar sinteticamente o planejamento realizado (ZDANOWICZ, 1998; IANESKO, 2001; PADOVEZE, 2005; JACQUES, 2006). A principal característica do DRE será confrontar os valores realizados e estimados para verificar a eficiência e eficácia do plano geral. O resultado operacional do departamento é muito positivo e gera significativa margem de contribuição nos três cenários. O presente estudo demonstra a alta rentabilidade do departamento tanto no período basal, de 40,2 %, como nos outros cenários projetados: no cenário pessimista 40,6 %, 42,9 % no cenário moderado e 44,6 % no cenário otimista. Haveria um significativo aumento da receita líquida nos cenários moderado e otimista igual 1,56 e 2,10 vezes em relação ao período base, respectivamente. Das informações obtidas do orçamento de vendas e com três salas funcionando, podemos esperar uma superação do cenário pessimista, sendo o 68,4 % dos procedimentos prestados a usuários do SUS. Para atingir o cenário moderado a situação já é menos cômoda a curto prazo, pois o atendimento aos SUS seria reduzido para 57,4 % e haveria necessidade de realizar 15 exames de convênios por dia, o que implica em aumentar 7 exames de convenio por dia ou 210 por mês. Este número de exames para convênios nos parece uma meta difícil de ser alcançada a curto e médio prazo, pois o hospital apresenta um perfil para atender pacientes do SUS. Comprovam isto os números do serviço de emergência, onde 66,8 % dos pacientes pertencem ao SUS. Para atingir tal número de convênios o departamento pouco influencia, sendo necessário um plano de ação da direção da instituição, de maneira que o serviço seja atraente aos convênios e também um plano de promoção do departamento de hemodinâmica. O cenário otimista nos parece uma meta extremamente difícil de atingir, pois significa inverter uma situação, onde os convênios superariam o SUS: 52,3 % de convênios e 47,6 % de SUS. Para isto é provável que até uma mudança na política de atendimento da instituição deveria ocorrer.

9.5 LIMITAÇÕES

Em virtude da singularidade do estudo, a validade é prejudicada, pois desconhecemos trabalho que utilize o planejamento orçamentário especificamente na área da hemodinâmica e, portanto não encontramos critérios para compará-lo com outros estudos do gênero, o que limita a discussão.

10 CONCLUSÃO

Este trabalho evidenciou que existem custos merecedores de atenção especial para o planejamento orçamentário no setor de hemodinâmica de um hospital universitário, a saber: OPME, medicamentos, depreciação e manutenção dos equipamentos. Os custos com OPME devem fazer parte da política de negociação da instituição com os fornecedores, ação que será favorecida com o aumento no número de procedimentos. Os custos com medicamentos devem ser racionalizados na atividade diária, operacional, do departamento. A depreciação e os custos de manutenção ensejam a criação de um fundo de provisão para reposição e manutenção de equipamentos, medida que provavelmente reduziria o tempo de inoperância de salas, além de melhorar a qualidade do atendimento médico.

O departamento de hemodinâmica estudado, nos moldes em que se encontra, alcança alta rentabilidade. Em nível institucional esta rentabilidade ajuda a custear outras áreas não rentáveis, que existem em um hospital que trata pacientes com patologias complexas e de alto custo.

Sugere-se, para aumentar o desempenho institucional na área de hemodinâmica, que seja negociada a elevação do teto mensal imposto pelo SUS e também elaborar uma política de incremento para atendimento de convênios.

REFERÊNCIAS

- ABBA, Kátia. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001. Disponível em: <www.gea.org.br/scf/teóricos>. Acesso em: 30 ago. 2008.
- MINISTERIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. **Anuário estatístico de saúde do Brasil-2001**. Brasília: IBGE, 2001.
- BERNARDES, C.; MARCONDES, R. **Teoria geral da administração: gerenciando organizações**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2004.
- BEULKE, Rolando; BERTO, Dálvio. **Gestão de custos e resultados na saúde**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.
- BRAUNWALD, E. H. D. **A textbook of Cardiovascular Medicine**. 5. ed. Philadelphia: Ed. W. B. Saunders Company, 1997.
- BRESSAN, F. O método do estudo de caso. **Administração On Line**, São Paulo, v. 1, n. 1, jan./mar. 2000. Disponível em: <http://www.fecap.br/adm_online/art11/flavio.htm>. Acesso em: 28 mar. 2009.
- CAMPOMAR, M. C. Do uso de “Estudo de Caso” em pesquisas para dissertação e teses em administração. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 95-97, jul./set. 1991.
- CASTELLO, Hélio. **Gestão em hemodinâmica**. 2008. Disponível em: <www.sbhci.org.br>. Acesso em: 17 ago. 2008.
- RODRIGUES, Rubens. **Cardiologia 20 anos**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1989.
- CARDOSO, C. O. et al. Efetividade da prótese de Amplatzero para fechamento percutâneo de defeito do septo interatrial, tipo ostium secundum. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 88, n. 4, p. 384-389, abr. 2007.
- SBHCI. Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista. **Centro Nacional de Intervenção Coronariana**. 2008. Disponível em: <<http://www.sbhci.org.br/>>. Acesso em: 14 jan. 2009.

DATASUS. **Informações sobre hemodinâmica**. Disponível em: <www.datasus.org>. Acesso em: 17 ago. 2008.

DENA, M. B. et al. Systematic review the comparativ effectiveness of percutaneous coronary intervetsion and coronary artery bypass graft surgery. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 147, p. 703-716, Nov. 2007.

DIAS, Bibiana Borges. O papel da controladoria no suporte ao processo de geração de informações voltadas ao controle de gestão operacional em empresas prestadoras de serviços em hemodinâmica. 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em: <www.gea.org/br/scf/teoricos>. Acesso em: 16 ago. 2008.

GOTTSCHALL, C. A. M. **Pilares da medicina**: a construção da medicina por seus pioneiros. Belo Horizonte: Ed. Atheneu, 2009.

GUDOLINO, L. A. et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Qualidade Profissional e Institucional, Centro de Treinamento e Certificação Profissional em Hemodinâmica e Cardiologia-Intervencionista. **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 8-32, jul./set. 2008.

IANESKO, J. A. Orçamento economico-financeiro: uma contribuição relevante para a tomada de decisões nas empresas. **UNOPAR científica. Ciências Jurídicas e Empresariais**, Londrina, v. 2, p. 119-140, set 2001.

JACQUES, J. E. **Gestão hospitalar**: os custos médicos-assistenciais. Canoas: Ed. UNISINOS, 2006.

KING, S. B. III et al. ACCF/AHA/SCAI 2007. Update of the Clinical Competence Statement on Cardio-interventional Procedures. **ACCF/AHA/SCAI Clinical Competence Statement**, New York, v. 116, n. 1, p. 98-124, 2007.

NUNES, Paulo. **Conceito de departamentalização**. 2007. Disponível em: <www.knoow.net>. Acesso em: 29 dez. 2008.

PADOVEZE, Clóvis Luís. **Planejamento orçamentário**. São Paulo: Thomson, 2005.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A., 2000.

PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elisabeth O. **Repensando a saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

GUANDALINI, G.; BORSATO, C. A inflação da saúde. **Revista Veja**, São Paulo, Ed. 2060, n. 19, p. 95, maio 2008.

ALMEIDA, Pedro. Os resultados do RH. **Revista Você S.A.**, São Paulo, Ed. 126, p. 50, dez. 2008.

SACKETT, David et al. **Medicina baseada em evidências: prática e ensino**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

TANCREDI, F. C.; BARROS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Instituto para Desenvolvimento da Saúde. Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar, 1998.

VARISCO, Cristina. Comparação entre os custos do serviço de hotelaria na internação hospitalar com o valor repassado pelo SUS em um hospital filantrópico de médio custo. 2004. Trabalho de Conclusão (Especialização em Gestão em Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

VIDIGAL, Fernandes Martins. Desenvolvimento de modelos de resultados em serviços hospitalares com base na comparação entre receitas e custos das atividades associadas aos serviços. 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

YAMAMOTO, E. **Os novos médicos administradores**. 2. ed. São Paulo: Futura, 2002.

YIN, R. K. **Case study research: design and methods**. EUA: Sage Publications, 1989.

ZDANOWICZ, José Eduardo. **Planejamento financeiro e orçamento**. 2. ed. Porto Alegre: Sagra-Luzzato, 1998.

ANEXOS

**ANEXO A - MORTALIDADE POR DOENÇA ISQUÊMICA DO CORAÇÃO NO
BRASIL: 1999**

MORTALIDADE

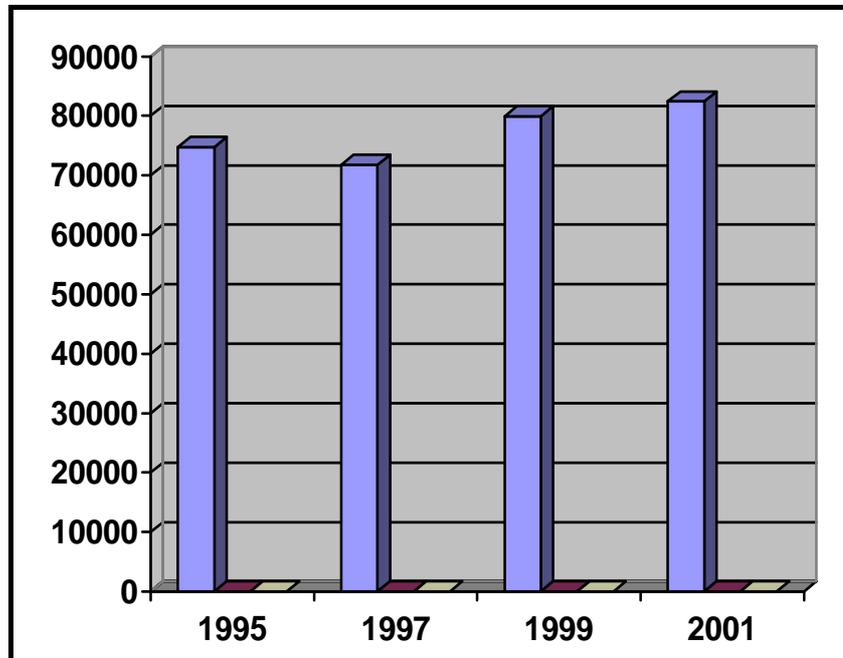
**13.1 - Taxas de Mortalidade por Causas Seleccionadas de Doenças do Aparelho Circulatório Regiões
do Brasil e Unidades da Federação 1999**

Por 100.000 habitantes

Regiões e Unidades da Federação	Doença Isquêmica do Coração	Doença Cerebrovascular	Demais Doenças do Aparelho Circulatório	Total
BRASIL	46,8	50,9	59,2	156,9
Sul	67,9	66,5	66,0	200,3
Paraná	58,5	65,5	70,2	194,2
Santa Catarina	50,6	57,7	52,4	160,7
Rio Grande do Sul	85,5	71,8	69,1	226,4

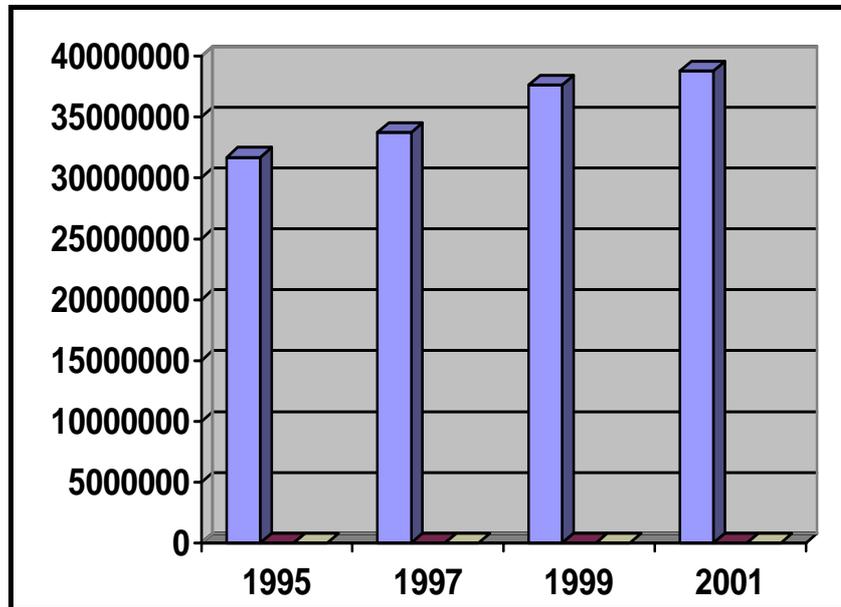
Fonte: Ministério da Saúde / Fundação Nacional de Saúde (Funasa) / Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) / Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) / Fundação IBGE.

**ANEXO B - TOTAL DOS ESTUDOS HEMODINÂMICOS NO BRASIL: 1995
A 2001**



Fonte: DATASUS (2009).

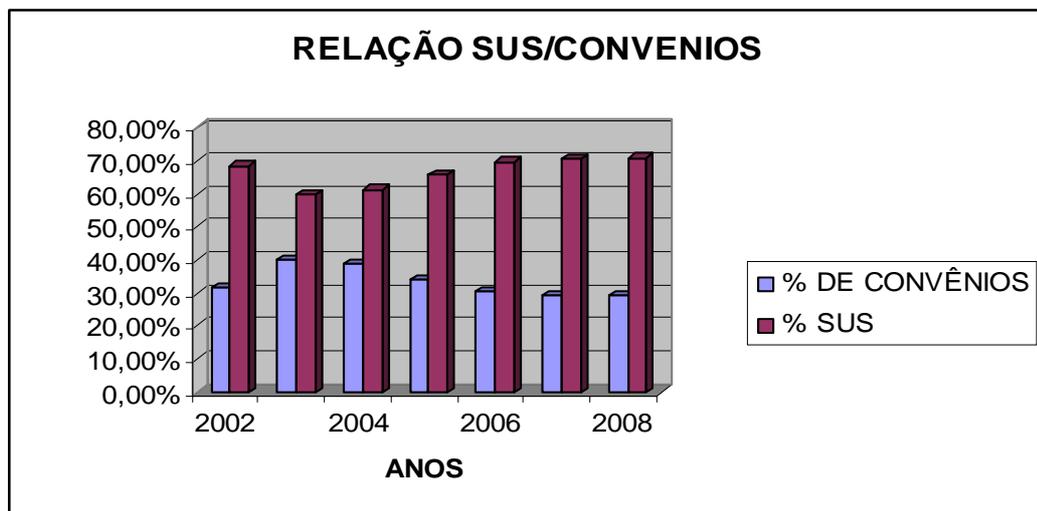
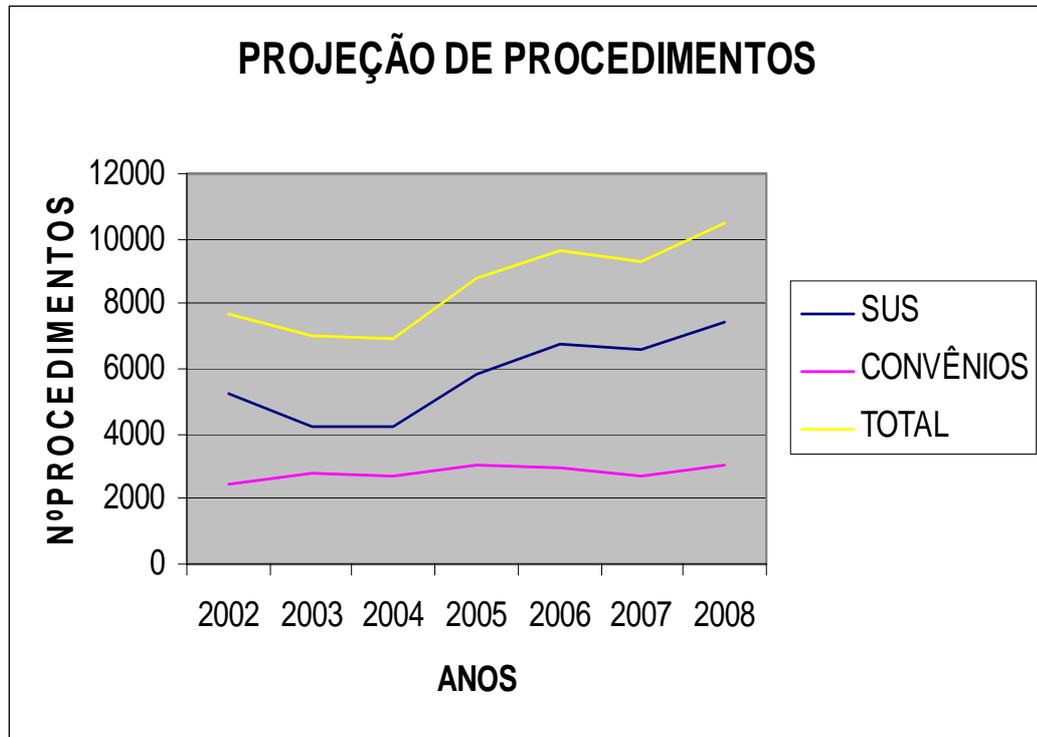
**ANEXO C - GASTOS COM HEMODINÂMICA EM REAIS NO BRASIL:
1995 A 2001**



Fonte: DATASUS (2009).

**ANEXO D - PROCEDIMENTOS DE HEMODINÂMICA NO IC-FUC:
A 2008**

2002



Fonte: IC-FUC: Departamento de Hemodinâmica.

ANEXO E - PLANILHA DO ORÇAMENTO DE VENDAS

ORÇAMENTO DE VENDAS		Período base (60 % da CT)					
Contas	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Acumulado
Nº Procedimentos	798	750	844	932	957	879	5160
SUS	578	578	567	629	693	662	3707
Convênios	220	172	277	303	264	217	1453
Receita bruta SUS	604.599,66	527.163,32	713.227,10	857.967,85	777.070,17	707.643,47	4.187.671,57
Receita bruta convênios	906.899,49	790.744,98	1.069.840,64	1.286.951,78	1.165.605,26	1.061.465,20	6.281.507,35
Receita bruta	1.511.499,15	1.317.908,30	1.783.067,74	2.144.919,63	1.942.675,43	1.769.108,67	10.469.178,92
Glosas (1,5 %)	14.351,96	11.638,04	32.312,94	40.936,33	29.751,07	33.385,31	162.375,65
Receita líquida	1.497.147,19	1.306.270,26	1.750.754,80	2.103.983,30	1.912.924,36	1.735.723,36	10.306.803,27
			C.pessimista	(62 % da CT)			
Nº Procedimentos	838	788	886	979	1005	923	5418
SUS	578	578	567	629	693	662	3707
Convênios	260	210	319	350	312	261	1711
Receita bruta SUS	604.599,66	527.163,32	713.227,10	857.967,85	777.070,17	707.643,47	4.187.671,57
Receita bruta convênios	1.071.378,08	963.145,78	1.232.827,20	1.484.879,02	1.376.871,21	1.276.448,59	7.405.549,87
Receita bruta	1.675.977,74	1.490.309,10	1.946.054,29	2.342.846,87	2.153.941,38	1.984.092,06	11.593.221,44
Glosas (1,5 %)	25.139,67	22.354,64	29.190,81	35.142,70	32.309,12	29.761,38	173.898,32
Receita líquida	1.650.838,07	1.467.954,46	1.916.863,48	2.307.704,16	2.121.632,26	1.954.330,68	11.419.323,12
			C.moderado	(75 % da CT)			
Nº Procedimentos	1010	1010	991	1100	1211	1157	6480
SUS	578	578	567	629	693	662	3707
Convênios	432	432	424	471	518	495	2773
Receita bruta SUS	604.599,66	527.163,32	713.227,10	857.967,85	777.070,17	707.643,47	4.187.671,57
Receita bruta convênios	1.782.344,29	1.987.756,21	1.638.134,91	1.998.469,73	2.288.801,29	2.422.318,80	12.117.825,23
Receita bruta	2.386.943,95	2.514.919,53	2.351.362,01	2.856.437,58	3.065.871,46	3.129.962,27	16.305.496,80
Glosas (1,5 %)	35.804,16	37.723,79	35.270,43	42.846,56	45.988,07	46.949,43	244.582,45
Receita líquida	2.351.139,79	2.477.195,74	2.316.091,58	2.813.591,02	3.019.883,39	3.083.012,84	16.060.914,35

			C.otimista	(90 % CT)			
Nº Procedimentos	1212	1212	1189	1319	1454	1389	7776
SUS	578	578	567	629	693	662	3707
Convênios	634	634	622	690	761	727	4069
Receita bruta SUS	604.599,66	527.163,32	713.227,10	857.967,85	777.070,17	707.643,47	4.187.671,57
Receita bruta convenios	2.615.347,61	2.916.761,63	2.403.739,98	2.932.482,27	3.358.504,31	3.554.423,08	17.781.258,88
Receita bruta	3.219.947,27	3.443.924,95	3.116.967,07	3.790.450,12	4.135.574,48	4.262.066,55	21.968.930,45
Glosas (1,5 %)	48.299,21	51.658,87	46.754,51	56.856,75	62.033,62	63.931,00	329.533,96
Receita líquida	3.171.648	3.392.266	3.070.213	3.733.593	4.073.541	4.198.136	21.639.396,49

Fonte = IC-FUC; Controladoria.

ANEXO F - ORÇAMENTO DE PRODUÇÃO

ORÇAMENTO DE PRODUÇÃO	Período base (Jan a Jun 2008)							
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Acumulado	
Contas								
Medicamentos	50.430,42	53.827,12	64.486,72	59.048,58	66.708,55	66.799,92	361.301,31	6,89%
OPME	551.223,81	516.816,01	725.638,75	812.019,32	702.019,83	637.858,57	3.945.576,29	67,90%
Mat.enfermagem	10.684,90	10.550,56	13.378,70	12.259,68	15.577,75	12.762,57	75.214,16	1,29%
Mat.médico-hospital.	3.908,10	5.637,44	4.294,93	6.309,78	6.494,00	3.867,60	30.511,85	0,53%
Gases medicinais	2.366,44	2.093,03	1.417,46	2.194,65	2.764,08	2.209,59	13.045,25	0,22%
Gêneros alimentícios	1.793,08	1.417,10	1.950,97	1.747,85	1.925,65	1.828,44	10.663,09	0,18%
Mat.radiológico	82,50	70,50	64,38	116,86	52,50	53,75	440,49	0,01%
Honorários médicos	127.823,00	113.419,18	109.623,34	138.189,10	162.551,46	158.371,20	809.977,28	13,94%
Custos diretos	748.312,25	703.830,94	920.855,25	1.031.885,82	958.093,82	883.751,64	5.246.729,72	
Receita bruta	1.511.499,15	1.317.908,30	1.783.067,74	2.144.919,63	1.942.675,43	1.769.108,67	10.469.178,92	
Margem de contribuição	763.186,90	614.077,36	862.212,49	1.113.033,81	984.581,61	885.357,03	5.222.449,20	
			C.pessimista	(Jan a Jun 2009)				
Medicamentos	55.918,17	60.868,46	70.381,32	64.497,42	73.963,10	74.917,50	400.545,96	6,89%
OPME	611.206,98	584.422,76	791.967,89	886.950,21	778.364,49	715.371,61	4.368.283,95	75,17%
Mat.enfermagem	11.847,61	11.930,72	14.601,62	13.390,97	17.271,83	14.313,49	83.356,24	1,43%
Mat.médico-hospital.	4.333,37	6.374,90	4.687,52	6.892,03	7.200,22	4.337,59	33.825,63	0,58%
Gases medicinais	2.623,95	2.366,83	1.547,03	2.397,17	3.064,67	2.478,10	14.477,75	0,25%
Gêneros alimentícios	1.988,20	1.602,48	2.129,30	1.909,14	2.135,06	2.050,63	11.814,81	0,20%
Mat.radiológico	91,48	79,72	70,26	127,64	58,21	60,28	487,60	0,01%
Honorários médicos	141.732,47	128.255,99	119.643,78	150.940,81	180.228,93	177.616,58	898.418,57	15,46%
Custos diretos	829.742,23	795.901,85	1.005.028,73	1.127.105,38	1.062.286,52	991.145,79	5.811.210,51	50,13%
Receita bruta	1.675.977,74	1.490.309,10	1.946.054,29	2.342.846,87	2.153.941,38	1.984.092,06	11.593.221,44	
Margem de contribuição	846.235,51	694.407,25	941.025,56	1.215.741,48	1.091.654,86	992.946,27	5.782.010,93	

			C.moderado	(Jan a Jun 2009)				
Medicamentos	79.639,20	102.716,46	85.039,74	78.636,32	105.277,41	118.184,50	569.493,64	6,95%
OPME	870.486,98	986.222,39	956.912,26	1.081.384,34	1.107.906,41	1.128.519,29	6.131.431,68	74,87%
Mat.enfermagem	16.873,48	20.133,27	17.642,72	16.326,49	24.584,33	22.579,94	118.140,24	
Mat.médico-hospital.	6.171,63	10.757,73	5.663,80	8.402,88	10.248,63	6.842,68	48.087,35	
Gases medicinais	3.737,06	3.994,06	1.869,23	2.922,66	4.362,19	3.909,28	20.794,47	
Gêneros alimentícios	2.831,61	2.704,20	2.572,78	2.327,65	3.039,00	3.234,93	16.710,18	
Mat.radiológico	130,28	134,53	84,90	155,63	82,85	95,10	683,29	
Honorários médicos	201.856,77	216.433,96	144.562,18	184.029,52	256.533,79	280.195,27	1.283.611,49	15,67%
Custos diretos	1.181.727,03	1.343.096,61	1.214.347,61	1.374.185,49	1.512.034,62	1.563.560,98	8.188.952,34	50,22%
Receita bruta	2.386.943,95	2.514.919,53	2.351.362,01	2.856.437,58	3.065.871,46	3.129.962,27	16.305.496,80	
Margem de contribuição	1.205.217	1.171.823	1.137.014	1.482.252	1.553.837	1.566.401	8.116.544,46	
			C.otimista	(Jan a Jun 2009)				
Medicamentos	107.431,94	140.659,68	112.728,74	104.349,22	142.009,40	160.931,72	758.168,66	6,89%
OPME	1.174.272,31	1.350.530,65	1.268.483,55	1.434.980,91	1.494.462,35	1.536.703,61	8.279.550,07	75,20%
Mat.enfermagem	22.762,05	27.570,46	23.387,20	21.665,01	33.161,97	30.747,08	157.832,31	
Mat.médico-hospital.	8.325,43	14.731,62	7.507,93	11.150,49	13.824,45	9.317,67	64.027,25	
Gases medicinais	5.041,23	5.469,45	2.477,85	3.878,33	5.884,18	5.323,26	27.374,66	
Gêneros alimentícios	3.819,80	3.703,13	3.410,48	3.088,76	4.099,33	4.405,01	22.375,84	
Mat.radiológico	175,75	184,23	112,54	206,51	111,76	129,49	924,34	
Honorários médicos	272.301,39	296.384,16	191.631,72	244.204,44	346.040,14	381.541,62	1.699.687,69	15,44%
Custos diretos	1.594.129,90	1.839.233,38	1.609.740,02	1.823.523,68	2.039.593,59	2.129.099,45	11.009.940,81	50,12%
Receita bruta	3.219.947,27	3.443.924,95	3.116.967,07	3.790.450,12	4.135.574,48	4.262.066,55	21.968.930,45	
Margem de contribuição	1.625.817,37	1.604.691,57	1.507.227,06	1.966.926,44	2.095.980,89	2.132.967,10	10.958.989,63	

Fonte = IC-FUC;Controladoria.

ANEXO G - ORÇAMENTO DE DESPESAS OPERACIONAIS

Ano de 2008							
ORÇAMENTO DE DESPESAS OPERACIONAIS	Jan	Fev	Mar	Abr	Maio	Jun	Acumulado
Salários e Vantagens	57.095,32	62.182,93	61.929,56	69.330,17	66.047,57	68.394,01	384.979,56
Encargos Sociais	16.113,86	16.463,05	17.221,20	17.332,02	17.946,56	20.032,18	105.108,87
Benefícios obrigatórios	3.463,86	3.203,51	3.238,82	3.570,78	3.984,65	4.220,60	21.682,22
Outros custos com pessoal	729,20	440,41	480,51	430,48	474,19	450,25	3.005,04
CUSTOS COM PESSOAL	77.402,24	82.289,90	82.870,09	90.663,45	88.452,97	93.097,04	514.775,69
Material de Manutenção	808,43	601,00	234,35	259,64	153,10	2.761,60	4.818,12
Material de Exped. Impressos	793,64	918,38	760,57	797,99	1.063,21	965,29	5.299,08
Higienização e Lavanderia	180,29	841,22	267,46	366,21	183,65	237,41	2.076,24
Outros materiais	5.130,23	9.641,43	4.504,12	4.042,97	2.406,84	17.196,16	42.921,75
CUSTOS COM MATERIAIS	6.912,59	12.002,03	5.766,50	5.466,81	3.806,80	21.160,46	55.115,19
Serviços de terceiros	4.745,00	4.053,00	5.152,70	5.097,43	7.028,26	6.431,96	32.508,35
Serviço de Manutenção	17.870,85	11.707,10	11.724,30	14.930,00	18.200,00	10.950,00	85.382,25
Energia elétrica	-	-	-	-	-	-	-
Água e esgoto	416,19	332,39	363,47	387,89	406,94	405,98	2.312,86
Telefone	154,05	467,04	238,25	525,39	306,02	379,40	2.070,15
Aluguéis	-	-	-	-	-	2.950,00	2.950,00
Fretes e Conduções	-	-	-	64,00	25,50	-	89,50
Viagens e Estadias	-	-	-	-	-	-	-
Outros custos gerais	-	10,00	26,40	-	-	18,90	55,30
CUSTOS GERAIS	23.186,09	16.569,53	17.505,12	21.004,71	25.966,72	21.136,24	125.368,41
Depreciações/amortizações	36.675,42	36.856,54	36.755,17	36.724,20	36.721,03	36.698,43	220.430,79
Propaganda e publicidade	-	-	-	-	-	-	-
CUSTOS FIXOS	144.176,34	147.718,00	142.896,88	153.859,17	154.947,52	172.092,17	915.690,08

ORÇAMENTO DE DESPESAS OPERACIONAIS	PERÍODO JANEIRO A JUNHO DE 2009-						
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Acumulado
Salários e Vantagens	60.863,61	66.287,00	66.016,91	73.905,96	70.406,71	72.908,01	410.388,21
Encargos Sociais	17.177,37	17.549,61	18.357,80	18.475,93	19.131,03	21.354,30	112.046,06
Benefícios obrigatórios	3.692,47	3.414,94	3.452,58	3.806,45	4.247,64	4.499,16	23.113,25
Outros custos com pessoal	777,33	469,48	512,22	458,89	505,49	479,97	3.203,37
CUSTOS COM PESSOAL	82.510,79	87.721,03	88.339,52	96.647,24	94.290,87	99.241,44	548.750,89
Material de Manutenção	854,51	635,26	247,71	274,44	161,83	2.919,01	5.092,75
Material de Exped. Impressos	838,88	970,73	803,92	843,48	1.123,81	1.020,31	5.601,13
Higienização e Lavanderia	190,57	889,17	282,71	387,08	194,12	250,94	2.194,59
Outros materiais	5.422,65	10.190,99	4.760,85	4.273,42	2.544,03	18.176,34	45.368,29
CUSTOS COM MATERIAIS	7.306,61	12.686,15	6.095,19	5.778,42	4.023,79	22.366,61	58.256,76
Serviços de terceiros	5.015,47	4.284,02	5.446,40	5.387,98	7.428,87	6.798,58	34.361,33
Serviço de Manutenção	18.889,49	12.374,40	12.392,59	15.781,01	19.237,40	11.574,15	90.249,04
Energia elétrica	-	-	-	-	-	-	-
Água e esgoto	439,91	351,34	384,19	410,00	430,14	429,12	2.444,69
Telefone	162,83	493,66	251,83	555,34	323,46	401,03	2.188,15
Aluguéis	-	-	-	-	-	3.118,15	3.118,15
Frete e Conduções	-	-	-	67,65	26,95	-	94,60
Viagens e Estadias	-	-	-	-	-	-	-
Outros custos gerais	-	10,57	27,90	-	-	19,98	58,45
CUSTOS GERAIS	24.507,70	17.513,99	18.502,91	22.201,98	27.446,82	22.341,01	132.514,41
Depreciações/amortizações	38.765,92	38.957,36	38.850,21	38.817,48	38.814,13	38.790,24	232.995,35
Propaganda e publicidade	-	-	-	-	-	-	-

Fonte = IC-FUC;Controladoria.

ANEXO H - DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DO EXERCÍCIO

	Período basal (jan a jun 2008)						
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Acumulado
Produção (procedimentos)	798	750	844	932	957	879	5160
Receita líquida	1.497.147,19	1.306.270,26	1.750.754,80	2.103.983,30	1.912.924,36	1.735.723,36	10.306.803,27
Custos diretos	748.312,25	703.830,94	920.855,25	1.031.885,82	958.093,82	883.751,64	5.246.729,72
Despesas operacionais	144.176,34	147.718,00	142.896,88	153.859,17	154.947,52	172.092,17	915.690,08
Resultado operacional	619.010,56	466.359,36	719.315,61	959.174,64	829.634,09	713.264,86	4.144.383,47
Receita não operacional	162,76	163,59	161,42	195,82	185,86	206,85	1.076,30
Margem de contribuição	763.186,90	614.077,36	862.212,49	1.113.033,81	984.581,61	885.357,03	5.060.073,55
Resultado gerencial	619.173,32	466.522,95	719.477,03	959.370,46	829.819,95	713.471,71	4.145.459,60
Rentabilidade	41,36%	35,71%	41,10%	45,60%	43,38%	41,11%	40,22 %
C.pessimista (jan a jun 2008)							
Produção (procedimentos)	838	788	886	979	1005	923	5418
Receita líquida	1.650.838,07	1.467.954,46	1.916.863,48	2.307.704,16	2.121.632,26	1.954.330,68	11.419.323,12
Custos diretos	829.742,23	795.901,85	1.005.028,73	1.127.105,38	1.062.286,52	991.145,79	5.811.210,51
Despesas operacionais	153.091,01	156.878,54	151.787,83	163.445,11	164.575,61	182.739,30	972.517,40
Resultado operacional	693.144,50	537.528,71	789.237,73	1.052.296,37	927.079,25	810.206,97	4.635.595,21
Receita não operacional	162,76	163,59	161,42	195,82	185,86	206,85	1.076,30
Margem de contribuição	846.235,51	694.407,25	941.025,56	1.215.741,48	1.091.654,86	992.946,27	5.608.112,61
Resultado gerencial	693.307,26	537.692,30	789.399,15	1.052.492,19	927.265,11	810.413,82	4.636.671,54
Rentabilidade	42,00%	36,63%	41,18%	45,61%	43,71%	41,47%	40,60 %
C.moderado (jan a jun 2009)							
Produção (procedimentos)	1010	1010	991	1100	1211	1157	6480
Receita líquida	2.351.139,79	2.477.195,74	2.316.091,58	2.813.591,02	3.019.883,39	3.083.012,84	16.060.914,35
Custos diretos	1.181.727,03	1.343.096,61	1.214.347,61	1.374.185,49	1.512.034,62	1.563.560,98	8.188.952,34
Despesas operacionais	153.091,01	156.878,54	151.787,83	163.445,11	164.575,61	182.739,30	972.517,40
Resultado operacional	1.052.125,91	1.014.944,38	985.226,56	1.318.806,98	1.389.261,24	1.383.661,99	6.899.444,61
Receita não operacional	162,76	163,59	161,42	195,82	185,86	206,85	1.076,33
Margem de contribuição	1.205.217	1.171.823	1.137.014	1.482.252	1.553.837	1.566.401	7.871.962,01
Resultado gerencial	1.052.288,67	1.015.107,97	985.387,98	1.319.002,80	1.389.447,10	1.383.868,84	6.900.520,94
Rentabilidade	44,76%	40,98%	42,55%	46,88%	46,01%	44,89%	42,96 %

C.otimista (jan a jun 2009)							
	1212	1212	1189	1319	1454	1389	7776
Produção (procedimentos)	3.171.648	3.392.266	3.070.213	3.733.593	4.073.541	4.198.136	21.639.396
Receita líquida	1.594.129,90	1.839.233,38	1.609.740,02	1.823.523,68	2.039.593,59	2.129.099,45	11.009.940,49
Custos diretos	153.091,01	156.878,54	151.787,83	163.445,11	164.575,61	182.739,30	972.517,40
Despesas operacionais	1.472.726,36	1.447.813,04	1.355.439,22	1.803.481,33	1.931.405,29	1.950.227,80	9.650.938,28
Resultado operacional	162,76	163,59	161,42	195,82	185,86	206,85	1.076,33
Receita não operacional	1.625.817,37	1.604.691,57	1.507.227,06	1.966.926,44	2.095.980,89	2.132.967,10	10.629.455,68
Margem de contribuição	1.472.889,12	1.447.976,63	1.355.600,64	1.803.677,15	1.931.591,15	1.950.434,65	9.658.014,63
Resultado gerencial	46,44%	42,68%	44,15%	48,31%	47,42%	46,46%	44,63 %
Rentabilidade							