

# As decisões de investimento na Fundação Hospitalar de Minas Gerais e seus reflexos nos indicadores de qualidade

Sandra Rosária Álvares da Silva  
sras@cepead.face.ufmg.br

Márcio Augusto Gonçalves  
marcio@cepead.face.ufmg.br

Pedro Coelho Siqueira  
pedrocs@adm.grad.ufmg.br

Christiane Antunes Cury da Silveira  
christianeac@c-cont.grad.ufmg.br

## RESUMO

No Brasil, assim como em diversos outros países, o Estado desempenha importantes funções, principalmente no que diz respeito à sua função alocativa. Ao executar essa função, o Governo oferece vários serviços, dentre os quais se destaca os serviços de saúde. Por sua vez, a qualidade destes serviços depende, entre outros fatores, de uma gestão pública responsável e eficiente, ou seja, voltada para resultados. Nesse sentido, esse trabalho procurou investigar em uma rede de hospitais públicos, os principais procedimentos adotados para obter resultados satisfatórios para a população. Além disso, o orçamento público é abordado com destaque, uma vez que os gestores devem seguir as leis que o regulamentam na execução de seus recursos financeiros. Com a realização desse trabalho, ressalta-se que para obter melhores resultados no atendimento à população, são necessários vários investimentos, além da adoção de procedimentos que procurem controlar melhor os gastos. Outra conclusão importante é o monitoramento do serviço por meio de indicadores hospitalares, que se revelou numa importante ferramenta de gestão nessas organizações.

Palavras-chave: Gestão Hospitalar, Indicadores Hospitalares, Hospitais Públicos

## 1. INTRODUÇÃO

Os hospitais públicos são organizações que se caracterizam por fornecer serviços terapêuticos e de pronto atendimento para a população, com a finalidade de preservar a vida e contribuir para o bom estado de saúde das pessoas. Por sua vez, a gestão pública hospitalar é um tema que merece atenção na medida em que as pessoas necessitam de hospitais que atendam a suas demandas de serviços de saúde de forma digna, o que implica em uma administração mais efetiva na consecução de seus planos.

Sendo o orçamento um instrumento indispensável para a implementação dos planos elaborados pela administração e com vista a tornar consistentes os objetivos deste trabalho, torna-se importante avaliar sua execução por meio de indicadores. Além disso, procurou-se identificar os pontos relevantes para seu êxito como os investimentos realizados e as técnicas de gestão ou procedimentos adotados na organização de saúde pesquisada.

Não obstante, a Emenda Constitucional 19/98 introduz no ordenamento jurídico brasileiro uma nova concepção de Administração Pública, que assume o caráter gerencial, dispensando ao administrador público maior autonomia, associada a efetivos critérios de fixação de responsabilidade. Destaca-se a ênfase nos resultados, almejando-se o alcance de uma administração mais eficiente, que busca a qualidade do serviço prestado e a satisfação do interesse público.

Nesse sentido, os indicadores hospitalares são utilizados para medir e fornecer dados referentes aos resultados obtidos. O acompanhamento dos indicadores pode demonstrar se os procedimentos adotados estão conduzindo aos resultados almejados, possibilitando uma análise e possível revisão dos planos propostos. Em outras palavras, a adoção, o monitoramento e a análise dos indicadores hospitalares reforçam o caráter gerencial que os administradores de organizações públicas passam a adotar em busca de uma gestão mais eficiente e eficaz, ou seja, com foco nos resultados.

No Brasil, não é raro notícias sobre a incapacidade dos hospitais públicos de atender a população satisfatoriamente. Essa incapacidade pode ser decorrente de problemas políticos e macro econômicos, o que não exige a administração dos hospitais de procurar oferecer serviços de qualidade e gerir os recursos de forma eficiente. Isso significa que a otimização de recursos dentro dos hospitais, assim como o aprimoramento de processos, realização de investimentos e outras medidas podem ser uma forma de melhoria no serviço prestado ao público e nas contas prestadas ao governo. A grande maioria da população depende do setor de saúde pública, o que exige valores consideráveis de recursos empregados no seu orçamento, que devem ser administrados com responsabilidade e buscando resultados satisfatórios.

Além disso, os hospitais constituem um setor estratégico da rede de prestação de cuidados de saúde em geral, destacando-se em todos os países e sistemas de saúde pela sua natureza e diferenciação técnico-científica, pelo seu impacto clínico-assistencial na comunidade e pela contribuição relevante que têm dado à educação e investigação na saúde (Lei 27/2002). Além disso, de acordo com essa lei que aprovou o regime jurídico da gestão hospitalar, o peso dos hospitais no orçamento do estado e na despesa pública, quer no plano logístico e tecnológico quer em recursos humanos, justifica a necessidade de repensar os seus modelos de organização, métodos de gestão e regras de funcionamento.

Dentro do contexto da gestão hospitalar pública, optou-se por realizar uma pesquisa na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG para responder aos objetivos desse trabalho. Atualmente a FHEMIG é a maior rede de hospitais públicos da América do Sul e desenvolve ações de saúde em níveis de complexidade secundário e terciário, por meio de sua rede de unidades hospitalares integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Em quase trinta anos de fundação, a FHEMIG mantém vinte unidades, sendo que nove delas estão situadas no interior do estado e as outras onze unidades estão na capital. A fundação é constituída por hospitais de urgência e emergência, especialidades, hospitais gerais, saúde mental e reabilitação e cuidado ao idoso.

O objetivo geral do trabalho é verificar como os recursos disponíveis no orçamento são gastos para que melhores resultados sejam obtidos para a população e qual o impacto disso nos resultados medidos pelos indicadores hospitalares da FHEMIG. Por sua vez, os objetivos específicos são os seguintes:

- Identificar os principais investimentos realizados nas unidades hospitalares da FHEMIG;
- Identificar as fontes de financiamento da FHEMIG, bem como o modo como os recursos são repassados;
- Identificar como a direção da FHEMIG toma suas decisões referentes à alocação dos recursos para investimento;
- Identificar os principais procedimentos ou técnicas de gestão adotados pelos diretores para desenvolver a instituição;
- Analisar a variação dos indicadores hospitalares relacionados ao atendimento prestado no período de 2001 a 2006.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. Teorias sobre o Processo Decisório

As teorias do processo decisório são abordadas nesse trabalho com a intenção de identificar os principais enfoques que podem permear as decisões tomadas pelos gestores. Pode-se afirmar que os estudos sobre o processo decisório compreendem três correntes distintas. A primeira delas, que parte dos pressupostos da economia neoclássica, sugere a adoção de uma racionalidade econômica, sem entrar em julgamentos de valor. O segundo enfoque se traduz numa postura comportamental das decisões e privilegia aspectos mais complexos da natureza humana. O terceiro enfoque postula que a teoria da decisão é formada também pela corrente política, sugerindo que as decisões são o resultado de lutas e negociações entre os diversos atores envolvidos.

Para autores neoclássicos como Banfield (1973), o enfoque econômico identifica o processo decisório como uma questão de maximização de utilidades, numa situação onde as alternativas e suas conseqüências podem ser antecipadas. A escolha final envolve a seleção do curso em ação ou alternativas que maximizam a probabilidade de obter maior valor em termos de preferência. Conforme esse modelo o tomador de decisão se depara com um problema específico, que pode ser isolado em relação aos outros problemas ou enfatizado em comparação com os demais. Os objetivos são selecionados e classificados de acordo com seu nível de importância. Todas as alternativas possíveis utilizadas para a conquista dos objetivos são conhecidas, assim como seus custos e conseqüências.

De acordo com Pedone (1986), o enfoque econômico das decisões procura resolver a alocação de recursos, maximizando a satisfação de preferências individuais, manifestadas idiossincraticamente. São decisões protegidas pelo sistema de mercado, ou seja, existe uma justiça inerente na troca de equivalentes. A intervenção estatal é somente justificada quando os indivíduos não registram suas preferências pelos bens oferecidos pelo mercado, ou existem externalidades no processo de funcionamento do mercado ou, ainda, nos casos dos monopólios naturais para manter a eficiência.

Com relação ao enfoque comportamental, que tem como seu maior expoente Simon (1965), as decisões que regem as ações dos indivíduos devem ser pautadas na racionalidade, segundo a qual os esforços com menor custo são empregados para a obtenção dos melhores resultados. Essa racionalidade, entretanto, é limitada pela impossibilidade de se analisar todas as alternativas que podem ser utilizadas e na falta de conhecimento prévio de todas as conseqüências possíveis. O indivíduo, na maioria das vezes, toma uma decisão satisfatória e não uma decisão ótima, em virtude das limitações existentes. A perspectiva comportamentalista, inaugurada por Simon, introduz a idéia de que comportamentos objetivamente racionais estão sujeitos a limites cognitivos.

Para Simon (1965), a procura do ótimo requer processos mais complexos, em várias ordens de grandeza, do que os necessários à realização do satisfatório. Dadas as limitações da natureza humana e da organização, o ótimo é substituído pelo satisfatório (satisficing). Uma vez que a racionalidade do indivíduo é limitada por fatores que determinam com que capacidade, valores e conhecimento os membros da organização realizam seu trabalho, suas decisões refletem se ele aceita ou não os objetivos da organização. Nesse ponto é sugerido que os princípios de administração devem ocupar-se dos fatores determinantes da lealdade, da

moral, da liderança, da iniciativa, e das influências que determinam a aceitação dos objetivos da organização pelo indivíduo. Quando se consegue isso, os comportamentos individuais serão guiados por decisões que buscam alcançar os objetivos do indivíduo através da realização dos objetivos da organização.

Nesse sentido, Simon (1965) destaca que a maneira pela qual a organização influi nas decisões do indivíduo podem ser externas, como é o caso da autoridade, do aconselhamento, da informação e do treinamento, ou internas, como é o caso do critério de eficiência e da identificação. Uma das questões fundamentais da organização é determinar a melhor combinação entre essas diversas formas de influência. Outros pontos que merecem destaque dizem respeito à coordenação que deve haver entre os funcionários para que cada um execute sua tarefa conforme planejado, e a comunicação, que deve garantir que cada membro da organização seja informado de suas funções.

Segundo Simon (1965), os mecanismos iniciadores de comportamento, por outro lado, são na maioria de procedência externa, embora requeiram geralmente a sensibilidade, por parte do indivíduo, a estímulos específicos. Por serem externos, podem ser interpessoais, isto é, podem ser utilizados por uma outra pessoa para influenciar determinado indivíduo, desempenhando, por conseqüência, um papel central na organização administrativa. Organizações que pretendem trabalhar com novas tecnologias de gestão, por exemplo, procuram apresentar o programa para os seus funcionários focando nos benefícios para a organização, tentando moldar um comportamento de aceitação do maior número possível de pessoas.

Já o enfoque político propõe que as decisões são mais o resultado de negociações e lutas internas entre diversos interesses do que uma ação racional. O termo utilizado para identificar a tomada de decisão pelo ajustamento que resulta dessas negociações foi definido por Lindblom (1972) como *muddling through*. Esse termo sugere que decisões são tomadas procurando contornar os antagonismos ao invés de tentar eliminá-los.

Conforme o trabalho do referido autor, a organização se defronta com um ambiente muito complexo e o indivíduo não consegue adaptar a organização a esse ambiente com as suas decisões. Dessa forma, o poder de decisão está dividido entre diferentes pessoas com objetivos diversos. O processo de formulação estratégica torna-se um sistema contínuo de "barganha", com cada estrategista tentando conquistar seus próprios objetivos. Em geral, no modo adaptativo, que corresponde ao enfoque político, a organização deve mover-se em passos pequenos, e as decisões não são muito integradas nem são resultados de estratégias definidas a priori.

De acordo com Lindblom (1972), os acordos sobre as políticas são mais eficientemente obtidos quando forem frutos de ajustes realizados nas políticas já existentes. Privilegia-se, também, a brusca simplificação da análise. Dessa forma, os problemas complexos passam por um processo de "desmistificação". Além disso, a racionalidade decisória do processo fragmentado e incremental só tem sentido dentro de um contexto democrático. A obtenção de decisões tão ou mais racionais que as resultantes de um modelo centralizado e compreensivo depende de uma interação entre as pessoas, fruto da participação de diversos atores no processo.

## 2.2.O Orçamento Público

Segundo Guimarães Brasil (1993), a concepção inaugurada por Keynes, que entende o sistema capitalista como misto e que vê a ação do Estado como algo fundamental, é a que melhor explica a existência do orçamento. É nele que se fixam prioridades e se alocam recursos em programas e projetos do setor público. É, portanto, por definição, um instrumento de distribuição de recursos e, ainda, busca iluminar os processos decisórios no governo, dotando-os de eficiência e eficácia. A função alocativa do Estado é, então, representada por sua política orçamentária.

De acordo com Giambiagi (1999), é freqüente se ouvir a tese de que o setor privado é mais eficiente do que o governo e que, portanto, uma economia em que as firmas operem livremente funciona melhor do que uma economia com forte atuação governamental. Nas economias capitalistas, essa tese é compartilhada por uma parte expressiva da sociedade, do empresariado e, muitas vezes, do próprio governo. Entretanto, na prática o governo tem uma participação ativa na economia de quase todos os países.

Esse aparente paradoxo pode ser explicado pela necessidade da existência de bens públicos que procuram garantir o bem-estar da população, cuja parcela significativa não teria condições de pagar por eles, uma vez que o mercado não consegue empregar nem remunerar satisfatoriamente todos os cidadãos, quadro este que é agravado nos países em desenvolvimento como é o caso do Brasil. Ainda segundo o autor, os bens públicos são aqueles cujo consumo/uso é indivisível ou "não-rival". Em outras palavras, o seu consumo por parte de um indivíduo ou de um grupo social não prejudica o consumo do mesmo pelos demais integrantes da sociedade. Isso significa que todos podem se beneficiar da produção de bens públicos mesmo que, eventualmente, alguns mais do que outros. São exemplos de bens públicos: bens intangíveis como justiça, saúde, educação, segurança pública e defesa nacional e bens tangíveis como as ruas ou as hidrelétricas.

Segundo Matias Pereira (2001), o orçamento público, aceito como um instrumento de planejamento e de controle da administração pública, apresenta-se como técnica capaz de permitir que periodicamente seja reavaliado os objetivos e fins do governo. Visa também permitir a avaliação comparativa das diversas funções e programas entre si e o relacionamento de seus custos; bem como facilitar o exame da função total do governo e de seu custo em relação ao setor privado da economia. Representa, sem dúvida alguma, a mais importante fonte de informação e de controle democrático do Estado. Nesse sentido, torna-se oportuno ressaltar que nenhum planejamento, por mais crítico, criativo, criterioso e sofisticado, poderá substituir o controle democrático, visto que o planejamento apresenta-se apenas como um instrumento

essencial de viabilização para o alcance do bem comum da sociedade.

Para o autor, ao analisar a questão da interação entre o planejamento governamental e o orçamento, é importante observar que a expressão planejamento de governo refere-se a um processo que tem início na análise da realidade, pela reflexão e pela proposição de objetivos. Estabelece-se, assim, um ponto de partida que inicia da realidade atual em direção a um modelo futuro proposto. Ao longo desse trajeto de desenvolvimento, faz-se necessário adotar decisões que induzam os diversos agentes de mudança a se comportarem com eficiência, eficácia e criatividade, para que as metas propostas sejam alcançadas.

Matias Pereira (2001) salienta que as metas definidas pelo planejamento apresentam-se como uma pretensão dos desejos e aspirações governamentais, ou seja, uma diretriz. A alocação de recursos orçamentários em cada um desses objetivos passa a ser o instrumental que permite o cumprimento de objetivos de governo; a base de custo para torná-los realidade. O orçamento é um instrumento essencial para os planejadores, porque eles necessitam de recursos financeiros para tornar seus planos operacionais. Verifica-se que os planos podem não atingir seus objetivos quando são implementados, mas a implementação fica inviabilizada e sequer pode ser tentada quando as necessárias alocações de recursos não são efetivadas no processo orçamentário.

De acordo com Giacomoni (2007), o processo orçamentário pode ser esquematizado em quatro etapas que compreende a elaboração da proposta orçamentária; discussão, votação e aprovação da lei orçamentária; execução orçamentária; e controle de avaliação da execução orçamentária. Para o autor, o processo orçamentário não pode ser visto como auto-suficiente já que a elaboração da proposta orçamentária é, em grande parte, resultado de definições constantes de uma programação de médio prazo que, por sua vez, detalha planos de longo prazo. Por isso, o processo orçamentário tem maior substância quando integrado ao processo de planejamento.

É nesse sentido que foi criada a Lei do Plano Plurianual como uma das principais novidades do novo marco constitucional. O Plano Plurianual passa a se constituir na síntese dos esforços de planejamento de toda a administração pública, orientando a elaboração dos demais planos e programas de governo, assim como do próprio orçamento anual. A lei que instituir o PPA deve estabelecer de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal, para as despesas da capital e outras delas decorrentes e para os programas de duração continuada (Constituição Federal/88). O autor destaca que, apesar de algumas vezes referirem-se à União, as disposições constitucionais sobre matéria orçamentária têm caráter de norma geral, devendo, no que for aplicável, serem observados por todos os entes da Federação.

Conforme Giacomoni (2007), o modelo de elaboração orçamentária, nas três esferas de governo, foi sensivelmente afetado pelas disposições introduzidas pela Constituição Federal de 1988. Anualmente, o Poder Executivo encaminha ao Poder Legislativo projeto de lei de diretrizes orçamentárias (LDO) que, aprovada, estabelecerá metas, prioridades, metas fiscais e orientará a elaboração da proposta orçamentária. O conteúdo da LDO é estabelecido em dispositivos da Constituição Federal e a partir de 2000, por meio da chamada Lei de Responsabilidade Fiscal ou Lei Complementar nº 101/2000. Essa lei ampliou o significado e a importância da LDO ao atribuir-lhe a incumbência de disciplinar inúmeros temas específicos dos quais está incluído o equilíbrio entre receitas e despesas.

### 2.3. Indicadores

Os indicadores financeiros podem ser considerados como indicadores tradicionais por constarem na literatura há muito tempo e por serem utilizados com frequência. Porém, uma vez que eles não atendem a todos os tipos de avaliação surgiu um outro grupo de indicadores, o qual inclui medidas não financeiras. Os indicadores não tradicionais aparecem na moderna literatura que versa sobre medição de desempenho. Segundo essa literatura (Maskell, 1996; Kaplan e Norton, 1996, Bruns, Jr., 1992) o novo conjunto de indicadores deve dar importância aos aspectos estratégicos da organização e não apenas aos operacionais. Essa classificação tem a finalidade de identificar quais são os novos indicadores que estão sendo aplicados pelas organizações e de que forma estão sendo medidos.

Kaplan e Norton (1996) reconhecem a importância dos indicadores financeiros como síntese final do desempenho gerencial e organizacional, mas advogam a necessidade do sistema de medição incorporar um conjunto de medidas mais genérico e integrado que vincule o desempenho sob a ótica dos clientes, processos internos, funcionários e sistemas ao sucesso financeiro a longo prazo. Portanto, é crescente a intensificação do uso de novas medidas de desempenho, como forma de obter maior eficácia e controle das atividades da organização.

Conforme Williams (2002), a avaliação de performance consiste em estabelecer medidas chaves que informem aos gestores de todos os níveis se os objetivos planejados estão sendo atingidos ou não. Miranda e Silva (2002) ressaltam que medir desempenho não é tão fácil quanto parece. Dentre os principais aspectos que devem ser observados ao se definir um sistema de medição de desempenho estão: porquê medir, o que medir e como medir.

Estes autores explicam que a medição de desempenho é necessária para que os gestores mantenham-se informados sobre o que acontece na organização. A definição precisa do que se quer medir pode ser considerado



um dos principais problemas da medição de desempenho. Depois de definidos os objetivos do sistema de medição de desempenho (por que medir?) e as variáveis-chaves que devem ter seu desempenho medido (o que medir?), é preciso definir o conjunto de indicadores que irão operacionalizar a medição de desempenho, ou seja, as medidas que irão ser usadas no sistema de diagnóstico do desempenho (como medir?).

#### 2.4. Indicadores Hospitalares

Os indicadores hospitalares surgem como resposta a necessidade de avaliar os cuidados de saúde, fornecendo informações valiosas para a tomada de decisões no sentido de melhorar os serviços oferecidos à população. Para Sheldon (1998), indicadores de desempenho (performance indicator; clinical indicator) são medidas indiretas da qualidade utilizadas como instrumento de monitoramento para salientar os processos, serviços ou profissionais que podem estar apresentando problemas e que necessitam de uma avaliação mais direta. São informações expressas através de um evento, uma taxa ou uma razão. Os indicadores de desempenho são utilizados mais frequentemente em atividades de monitoramento externo, que assumem papel crescente como meio de dar visibilidade, aos usuários e às agências financiadoras e reguladoras, do alcance das atividades de melhoria de qualidade desenvolvidas nos serviços de saúde.

É importante destacar que a utilidade de um indicador de desempenho depende de uma série de atributos, particularmente, da sua validade. A validade, grau com o qual o indicador alcança seus objetivos, é expressa pela capacidade de identificar situações onde possam ocorrer problemas na qualidade do cuidado prestado ao paciente. Cabe ainda destacar que bons indicadores são os que apresentam forte associação, estabelecida com base no conhecimento científico, entre o processo de cuidado e a medida de resultado utilizada (validade causal). Entretanto, limitações no conhecimento sobre a eficácia dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos restringem a determinação da validade causal de diferentes indicadores de resultado (Brook e McGlynn, 1991).

Dentre os indicadores de desempenho hospitalar, talvez o que mais tem chamado atenção dos estudiosos do assunto é o indicador ou taxa de mortalidade. A morte hospitalar considerada evitável pode estar relacionada a diversas causas que incluem as infecções hospitalares, o uso inadequado de medicamentos e de outras tecnologias, as falhas na supervisão, os erros durante a cirurgia ou as altas inapropriadas (OTA, 1988).

Para Iezzoni (1994), diferenças nas taxas de mortalidade entre hospitais ou médicos podem ser atribuídas aos seguintes fatores: diferenças quanto à gravidade do estado de saúde da população atendida em cada hospital; variações na eficácia das tecnologias médicas empregadas; adequação do processo de cuidado ao paciente; e erros aleatórios. O problema metodológico central para explicar as variações observadas nas taxas de mortalidade hospitalar é identificar a importância relativa de cada um dos fatores acima.

Segundo o autor, é por isso que a mortalidade hospitalar pode apresentar dificuldades de interpretação. O caminho para construir um modelo explicativo das variações nas taxas de mortalidade hospitalar entre serviços passa pela incorporação de variáveis que definam a população de pacientes e o perfil de gravidade dos casos internados, de forma que as diferenças na qualidade (eficácia das tecnologias e adequação do processo) representem apenas a variação remanescente.

De acordo com Travassos et al (1999), é necessário destacar a importância do desenvolvimento de estratégias para permitir que os resultados das avaliações melhorem a efetividade dos cuidados hospitalares. A finalidade do uso de indicadores de desempenho consiste em identificar e analisar problemas no cuidado e na promoção de ações de saúde, buscando a modificação e a reversão da situação encontrada. O cuidado à saúde pode melhorar se as avaliações forem utilizadas como informação educativa para ações de aperfeiçoamento.

Segundo os autores, nenhuma característica do cuidado em saúde está mais estreitamente ligada à missão das instituições de saúde que as intervenções para evitar ou retardar a morte. Desta maneira, embora o emprego da taxa de mortalidade hospitalar como indicador da qualidade do cuidado possa apresentar problemas em sua validade, este indicador representa uma informação que os hospitais, os profissionais e os financiadores devem usar para melhor entender o processo de atendimento ao paciente, orientando seu aprimoramento.

Embora ainda existam questões conceituais e metodológicas a serem aprimoradas, argumenta os autores, as taxas de mortalidade hospitalar devem ser consideradas uma ferramenta útil e factível para discriminar serviços e prestadores com desempenho diferenciado. Sua utilização permite uma primeira detecção de problemas com a qualidade dos cuidados prestados, possibilitando que instituições sejam identificadas e processos de melhoria sejam instituídos para que questões de qualidade responsáveis pela ocorrência de óbitos passíveis de prevenção sejam sanadas.

### 3. METODOLOGIA

Pelas características desse trabalho, pode-se classificá-lo como uma pesquisa descritiva, pois, segundo Gil (2002), este tipo de pesquisa tem por objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

A estratégia para realização dessa pesquisa consiste no estudo de caso. Segundo Yin (2005), um estudo de caso é uma investigação empírica que estuda um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especificamente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. Em outras palavras, usa-se o método de estudo de caso quando deliberadamente se quer lidar com condições contextuais, acreditando que elas poderiam ser altamente pertinentes ao seu fenômeno de

estudo. Em segundo lugar, uma vez que fenômeno e contexto não são sempre discerníveis em situações da vida real, um conjunto inteiro de outras características técnicas, como a coleta de dados e as estratégias de análise de dados precisam ser bem definidas.

A investigação de estudo de caso enfrenta uma situação tecnicamente única em que haverá muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados e, como resultado, baseia-se em várias fontes de evidências, com os dados precisando convergir em um formato de triângulo, e, como outro resultado, beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise de dados. Isso significa que, o estudo de caso como estratégia de pesquisa compreende um método que abrange tudo – tratando da lógica do planejamento, das técnicas de coleta de dados e das abordagens específicas à análise dos mesmos. Nesse sentido, o estudo de caso não é nem uma tática para coleta de dados, nem meramente uma característica do planejamento em si, mas uma estratégia de pesquisa abrangente (Yin 2005).

A unidade de análise dessa pesquisa foi a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG. Por se tratar de uma rede de vinte hospitais públicos e para atender aos propósitos desse trabalho, a análise foi focada na sua Administração Central onde está reunida toda sua diretoria. Os dados foram coletados de três fontes:

- Relatório de gestão dos exercícios de 2003, 2004, 2005 e 2006.
- Entrevistas com roteiro semi-estruturado.
- Indicadores hospitalares.

A razão para a escolha desse período consiste na evidência de que a partir de 2003 iniciou-se uma gestão mais efetivamente voltada para resultados na Fundação. O relatório de gestão que compreende o período de 2003 a 2006 forneceu as informações com relação aos investimentos realizados na FHEMIG nos últimos quatro anos, além de dados sobre a execução orçamentária e sobre os procedimentos de gestão adotados nesse período.

Nas entrevistas foram coletadas informações referentes à elaboração e controle do orçamento, ao fluxo de caixa, à realização de investimentos, ao acompanhamento dos indicadores hospitalares e aos procedimentos adotados para aprimorar a Fundação. Por sua vez, os indicadores coletados se referem à taxa de ocupação, taxa de mortalidade, taxa de eficácia terapêutica, taxa de reinternação e taxa de mortalidade do CTI/UTI.

As investigações foram feitas por meio da análise ex-post-facto, que opera com fatos passados, com o objetivo de entender os fenômenos presentes e sob o qual o pesquisador não exerce nenhum controle. Nessa pesquisa foram feitas análises qualitativa e quantitativa.

De posse dos dados coletados nas entrevistas e devidamente transcritos, foi feita uma análise do discurso dos entrevistados com a intenção de verificar se as perguntas foram respondidas adequadamente. Nesse sentido, as respostas obtidas foram comparadas com os dados obtidos no relatório de gestão. Além disso, as respostas dos vários entrevistados foram cruzadas com o intuito de identificar possíveis divergências.

Como as entrevistas foram realizadas com roteiro semi-estruturado, foram levantadas algumas informações que, a princípio, não estavam no roteiro. Nesse caso, as informações importantes e relacionadas com a pesquisa foram incluídas e relatadas no capítulo referente à análise de modo a enriquecer o texto. Pode-se considerar isso como uma das vantagens desse método.

No que diz respeito ao relatório de gestão, foi feita uma síntese das informações relacionadas com o tema da pesquisa que também serviram de base para as entrevistas. Do relatório de gestão foram evidenciados os principais investimentos realizados na Fundação no período analisado.

Além disso, pontos relacionados ao financiamento e ao fluxo de caixa da Fundação foram evidenciados no relatório de gestão e confirmados nas entrevistas com as pessoas responsáveis pelo setor financeiro e orçamentário. No relatório ficam evidenciados outros pontos relacionados ao orçamento e a arrecadação por meio do SUS.

Na análise dos indicadores hospitalares levou-se em consideração as especialidades de cada hospital. Nesse sentido, as unidades foram agrupadas de acordo com os complexos a que pertencem: urgências e emergências, hospitais gerais, saúde mental, reabilitação e cuidado ao idoso, maternidade, hospital de oncologia e hospital de infectologia. Os indicadores analisados foram: a taxa de ocupação, taxa de mortalidade, taxa de eficácia terapêutica, taxa de reinternação e taxa de mortalidade do CTI/UTI.

O período abrangido pela análise quantitativa foi de 2001 a 2006, ou seja, o quadriênio em que foram implementados os planos da atual gestão e os dois anos anteriores a ela. Essa análise visa calcular as variações dos indicadores entre um período sem grandes mudanças e o período da atual gestão, atendendo ao objetivo específico de identificar os principais procedimentos ou técnicas de gestão adotados pelos diretores para desenvolver a Fundação.

## 4. ANÁLISE DOS DADOS

### 4.1. Análise Documental

De acordo com o relatório de gestão analisado, o orçamento da FHEMIG tem três fontes de financiamento: Tesouro do Estado, Receita Diretamente Arrecadada – RDA e Convênios, responsáveis pelo pagamento de pessoal, material médico-hospitalar, dentre outros elementos de custeio, como também dos investimentos em obras e aquisição de novas tecnologias para a rede assistencial.

Do total da receita da Fundação, os recursos do Tesouro Estadual correspondem a cerca de 80%, onde está

incluído o Termo de Compromisso 258 firmado com a SES/MG, fundamental para viabilizar o investimento do governo do estado na FHEMIG. Os repasses financeiros ocorreram de forma parcelada, sendo R\$ 10.000.000,00 em 2005 e R\$ 30.224.000 em 2006.

Analisando o comportamento da Receita Diretamente Arrecadada (RDA), com faturamento exclusivamente proveniente do SUS, pode-se dizer que, com relação ao ano-base 2003, a receita cresceu 17,29% em 2004, 26,76% em 2005 e 27,54% em 2006, em função de ações voltadas ao maior apontamento do atendimento realizado.

É importante ressaltar que a FHEMIG não recebe, por parte dos gestores municipais de saúde, a integralidade dos recursos correspondentes aos serviços prestados, o que representa uma perda anual de recursos da ordem de R\$ 20 milhões de reais. A compatibilização da oferta de serviços e o pagamento da produção realizada são fatores imprescindíveis para o adequado equacionamento das contas.

Dentre os convênios firmados pela FHEMIG, destaca-se o programa de fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do SUS/MG, celebrado com a Secretaria Municipal de Patos de Minas – hospital regional Antônio Dias, com interveniência da SES/MG, que propiciou um investimento da ordem de R\$ 1.624.000,00 aplicados na aquisição de equipamentos, ampliação e reforma das áreas físicas assim como na capacitação da gestão. Destacam-se também os investimentos do governo do estado na FHEMIG de cerca de R\$ 79 milhões, no período de 2003 a 2006, que garantiram a execução de obras e reformas, como também a incorporação de novos equipamentos e tecnologias.

Em suma, vários investimentos foram realizados pela FHEMIG para melhorar seu desempenho e alcançar seu objetivo de ser um modelo de excelência na prestação de serviços de saúde no país. Pode-se destacar que os principais investimentos estão relacionados à revitalização e modernização das unidades assistenciais, gestão de pessoas, desenvolvimento científico, desenvolvimento institucional e gestão de tecnologia da informação. Com a nova intranet foi desenvolvido um sistema de informação que processa e disponibiliza informações e subsídios necessários para gestão e tomadas de decisão.

#### 4.2. Análise das Entrevistas

Pela entrevista a Área de Orçamento, ficou constatado que esse instrumento é elaborado de acordo com as necessidades de investimentos dentro dos recursos disponíveis para a Fundação. Destaca-se o caráter gerencial na sua execução, uma vez que os recursos podem ser remanejados conforme as prioridades e contingências que ocorrem ao longo do ano. Além disso, fica claro que não são feitos gastos que não foram orçados sem prévia autorização da Secretária da Saúde, o que ressalta o compromisso dos gestores com as leis que regulam o orçamento público.

A FHEMIG, por ser um órgão público, não pode efetuar compras sem realizar licitações, o que contribui para evitar preços abusivos de alguns fornecedores. As modalidades utilizadas são carta convite, tomada de preço e concorrência. Além desses, ocorre também o pregão eletrônico e presencial, o primeiro utilizado para valores menores como compras de materiais, sendo que ambos são utilizados somente no caso de revitalização, ou seja, reformas que consomem bem menos recursos que as obras. Porém, quando se trata de compras de equipamentos, as especificações são feitas pelo departamento de engenharia clínica, que costuma utilizar o pregão eletrônico mais frequentemente, conforme informações obtidas na entrevista da Área de Engenharia.

De acordo com informações da Gerência Financeira, os hospitais da Fundação têm competência para fazer compras e pagamentos, existe um setor administrativo em cada um de modo a viabilizar os atendimentos. Entretanto, os mesmos só podem efetuar compras dentro de seus limites orçamentários, pois é necessário que o sistema emita um empenho que garante ao fornecedor o pagamento após a liquidação da compra ou serviço. O controle do orçado versus realizado é feito por todas as unidades para não correr o risco de planejar uma compra e não ter verba orçamentária. Por sua vez, na administração central da FHEMIG é feita uma consolidação do que foi realizado nas unidades.

Com relação às fontes de financiamento, pode-se notar que o repasse dos valores pelo SUS, feito pelas prefeituras, em que parte não é integralizada, leva a uma redução de gastos que poderia se evitada. Por sua vez, os recursos do Tesouro do Estado tornam-se uma fonte de financiamento, também no sentido de cobrir alguns gastos de custeio.

Outras informações importantes foram obtidas na entrevista da Diretoria Assistencial, principalmente no que se refere aos indicadores hospitalares. Segundo essa diretoria alguns indicadores têm melhorado, alguns estão dentro da média e alguns sinalizam o que deve ser mudado na FHEMIG. Em outras palavras, a Diretoria Assistencial trabalha com os indicadores hospitalares para averiguar o que está acontecendo nos hospitais. Existem médias que são aceitas pela administração hospitalar de um modo geral, mas se algum indicador desse tipo estiver acima da média o hospital é investigado e mudanças são feitas pra reverter a situação. A taxa de cesariana é um exemplo, pois a mesma deve estar abaixo de 30%, se estiver acima dessa porcentagem é feito averiguações para saber se a cirurgia está sendo indicada desnecessariamente.

Os indicadores hospitalares são considerados uma ótima ferramenta para avaliar a qualidade do serviço prestado, mas são difíceis de serem coletados. Normalmente, os dados dos pacientes são coletados desde que eles entram no hospital e também pelos prontuários médicos. Nesse sentido, a FHEMIG está investindo em um sistema de informação com prontuários eletrônicos, o que torna mais fácil o trabalho de coleta de dados para construção e acompanhamento de indicadores. Além disso, a área clínica (médicos e enfermeiros)

precisa estar mais ciente da importância dessa ferramenta desde sua formação profissional.

Conforme informações da Diretora de Planejamento e Finanças, as decisões em relação a quais investimentos fazer ou priorizar nas unidades foram tomadas seguindo alguns critérios. Foi salientado que quando a diretoria responsável pela administração da FHEMIG no período estudado assumiu, a maioria dos hospitais necessitava de investimentos urgentes e alguns até se encontravam num processo de sucateamento. Portanto, era necessário realizar várias reformas, ampliações e revitalizações; adquirir e trocar equipamentos; modernizar o sistema de informação gerencial, melhorar os controles internos, além de outras necessidades.

Diante de tudo isso, a diretoria responsável pelas decisões de investimento optou por consultar os relatórios dos órgãos fiscalizadores para levantar quais eram as prioridades apontadas por eles. A FHEMIG, por se tratar de uma fundação pública e também de saúde é fiscalizada por vários órgãos como a Vigilância Sanitária, os Conselhos regionais de Medicina e de Enfermagem e o Ministério Público. Os apontados feitos por estes agentes fiscalizadores serviram de base para que a diretoria da FHEMIG começasse a tomar suas decisões sobre os investimentos que seriam realizados.

As decisões referentes à alocação dos recursos destinados a investimentos são tomadas seguindo critérios racionais, como se pode notar pelas informações dessa entrevista. Pode-se afirmar que as decisões tem sido satisfatórias por alocar os recursos tanto nos hospitais, quanto na administração central, como é o caso dos investimentos na área de informática e desenvolvimento científico, o que demonstra uma preocupação também de longo prazo com os serviços prestados aos cidadãos.

Um dos procedimentos adotados para tornar a FHEMIG mais eficiente, de modo a reduzir custos, foi a divisão das vinte unidades em cinco complexos: urgências e emergências, hospitais gerais, especialidades, saúde mental e reabilitação e cuidado ao idoso. A intenção é fazer com que os hospitais com as mesmas especialidades se apoiem mutuamente, como no caso da compra de remédios, que ao ser feita em conjunto é possível conseguir um desconto maior no preço. A compra de alguns equipamentos também pode ser feita pelas unidades, mas dependendo de algumas circunstâncias, como a importação, o negócio é feito pela administração central da Fundação.

Um procedimento importante adotado pela diretoria foi a implantação dos protocolos clínicos, que impõem diretrizes clínicas para padronizar o tratamento da mesma forma por todos os médicos, incluindo os medicamentos padronizados. Para isso foi feito um enorme investimento na área de informação para viabilizar a parametrização dos protocolos clínicos. Além de auxiliar os médicos e enfermeiros, os protocolos contribuem para a redução de custos, uma vez que a mesma doença ou acidente deve ser tratado da mesma forma por qualquer médico, além de facilitar possíveis auditorias.

Outro procedimento relevante foi a criação de mecanismos de avaliação periódicos para o pagamento da gratificação, a qual corresponde a 30% da receita diretamente arrecadada (SUS). Essa gratificação é distribuída aos funcionários de acordo com o processo de avaliação de desempenho individual e institucional. Existe um grupo dentro da Fundação que participa dessa avaliação individual e das áreas, um exemplo é o controle do almoxarifado para não perder medicamentos.

#### 4.3. Análise Quantitativa

Os investimentos realizados nos hospitais da FHEMIG devem melhorar o atendimento aos usuários do SUS, uma vez que essa é a sua principal missão e a elaboração e execução do seu orçamento estão voltados para isso. Portanto, a eficácia de seus serviços pode ser medida por meio de indicadores de desempenho hospitalar, cuja análise ao longo do período estudado demonstra as variações ocorridas.

Nesse sentido, houve um aumento de 6% do número de leitos da Fundação no período de 2001 a 2006, ou em número absolutos houve um aumento de 118 leitos, incluindo leitos de CTI / UTI. O número de

Tabela 1: Taxa de ocupação hospitalar (%)

ANO	2001	2002	2003	2004	2005	2006
S.Mental	75,8	74,3	69,8	80,1	86,4	93,4
Urg./Emerg.	81,2	86,7	84,2	83,9	84,4	88,7
H. gerais	75,2	76,8	72,7	73,1	68,1	75,8
Sanatórios	42,8	66,5	55,3	51,2	50,0	58,3
HEM	86,0	86,7	82,4	81,0	82,0	85,6
HAC	82,1	81,3	82,2	82,6	82,9	85,5
MOV	80,1	87,3	83,7	80,3	79,6	81,8
HCMFPT	91,8	97,3	90,0	83,9	54,2	69,6
FHEMIG	80,3	84,3	78,7	79,4	79,4	84,8

Fonte: Resumo Estatístico SGI/DITIN (FHEMIG)



Entretanto, não houve redução da taxa de mortalidade hospitalar no período analisado, que se manteve em torno de 5% na média geral da Fundação e em torno de 11% no hospital de pronto socorro João XXIII. Como foi evidenciado em entrevista realizada com a diretoria assistencial, não existe uma relação certa entre o aumento de investimentos e a redução da taxa de mortalidade hospitalar, pois esse índice está mais relacionado ao cuidado médico. De qualquer modo, o acompanhamento desse índice é importante para se averiguar nos hospitais o que está acontecendo quando há um aumento súbito no mesmo. A variação da taxa de mortalidade para os hospitais da rede é mostrada na tabela 2:

Tabela 2: Taxa de mortalidade hospitalar (%)

ANO	2001	2002	2003	2004	2005	2006
S.Mental	0,62	0,91	0,73	0,39	0,39	0,04
Sanatórios	5,9	5,5	6,4	6,9	5,3	7,5
HJXXIII	10,4	10,01	9,4	9,9	10,2	11,2
H. gerais	7,5	7,5	8,7	8,4	8,3	8,7
HEM	14,2	13,7	15,3	12,8	14,2	16,3
HAC	8,1	8,1	9,0	8,4	9,0	8,5
MOV	0,9	0,7	0,9	0,9	1,3	0,8
FHEMIG	5,2	5,1	5,4	5,5	5,5	5,3

Fonte: Resumo Estatístico SGI/DITIN (FHEMIG)

A taxa de eficácia terapêutica aumentou de 81% para 84%, o que significa que melhorou a relação percentual entre o número de pacientes que tiveram altas e o número total de saídas de pacientes num determinado período (o que inclui também óbitos e transferências). A taxa de eficácia terapêutica representa o grau de eficácia do hospital ou, em outras palavras, a obtenção de resultados satisfatórios. Essa taxa depende muito do cuidado médico, mas quanto mais rápido forem realizados os exames que dependem de equipamentos (como no caso da necessidade de tomógrafos), mais rápido o paciente recebe o atendimento adequado, o que é imprescindível principalmente em hospitais como o João XXIII. A tabela 3 mostra a taxa de eficácia terapêutica da FHEMIG subdividida nas suas especialidades:

Tabela 3: Taxa de eficácia terapêutica (%)

ANO	2001	2002	2003	2004	2005	2006
S.Mental	87,1	89,8	86,6	87,7	88,5	88,8
Urg./Emerg.	88,8	89,7	88,8	89,4	88,9	87,2
H. gerais	79,0	79,2	79,5	81,4	81,8	80,3
HEM	80,7	82,3	79,8	83,1	82,4	79,3
HAC	89,6	89,3	89,1	89,6	88,5	89,8
MOV	98,5	97,8	97,3	97,5	97,4	98,5
HCMFPT	56,8	48,0	60,8	69,5	77,5	76,0
Sanatórios	81,1	78,9	80,2	78,7	80,9	77,3
FHEMIG	80,9	81,9	81,4	83,2	83,9	83,9

Fonte: Resumo Estatístico SGI/DITIN (FHEMIG)

Houve uma redução do índice de intervalo de substituição de 2,3 dias para 1,7 dias, ou seja, diminuiu o tempo médio em que os leitos permanecem desocupados entre a saída de pacientes e a admissão de outros. Entretanto, houve um aumento da taxa de reinternação de 12% para 14%, o que significa que do total de entradas, houve aumento do número de pacientes admitidos novamente com a mesma patologia. Isso pode estar relacionado tanto a uma alta indevida, como a transgressão do paciente às recomendações médicas que são feitas após a alta. O monitoramento desse índice serve para realizar investigações nos hospitais sobre as causas das variações dos mesmos e procurar resolver possíveis problemas. A tabela 4 mostra os hospitais da FHEMIG e suas respectivas taxas de reinternação:

Tabela 4: Taxa de reinternação (%)

ANO	2001	2002	2003	2004	2005	2006
S.Mental	44,4	41,4	467,6	43,7	39,8	42,3
Urg./Emerg.	5,3	6,3	6,7	9,5	14,5	16,2
H. gerais	19,1	19,5	19,2	18,6	13,5	13,6
Sanatórios	56,9	54,8	62,4	61,0	57,2	60,6
HEM	26,3	27,6	28,3	26,1	26,7	26,2
HAC	24,1	22,3	23,0	20,4	18,2	18,2
MOV	1,8	2,9	1,5	1,8	2,2	1,5
HCMFPT	19,4	20,7	20,0	10,7	15,4	4,9
FHEMIG	12,1	12,2	12,7	13,0	13,8	13,9

Fonte: Resumo Estatístico SGI/DITIN (FHEMIG)

Uma área de extrema importância dentro dos hospitais são os centros e unidades de tratamento intensivo – CTI / UTI. Devido à gravidade dos pacientes que são internados nestas áreas, são calculados índices próprios para eles. No período analisado, houve um substancial aumento do número de leitos de 90 para 177, ou seja, o número de leitos quase dobrou. A taxa de ocupação média permanece acima de 90% em quase todos os hospitais, o que demonstra que o aumento do número de leitos era necessário, pois não houve uma queda desse índice.

Além disso, houve uma redução da taxa de mortalidade de quase todos CTI / UTI, exceto dos hospitais João XXIII e Alberto Cavalcanti, conforme se pode ver na tabela 5:

Tabela 5: Taxa de mortalidade do CTI/UTI (%)

ANO	HJXXIII	HPSRTN	CGP	HRAD	HEM	HRJP	HJK	HAC	MOV
2001	21,5	-	26,0	-	60,5	37,0	35,0	24,7	10,6
2002	22,5	-	21,9	-	60,0	41,0	32,5	24,7	7,8
2003	23,1	29,6	19,4	21,0	58,1	43,6	33,5	31,8	9,6
2004	23,9	31,3	18,5	24,3	55,4	34,8	29,7	33,6	8,2
2005	30,9	31,7	18,6	24,6	48,5	29,1	30,0	28,3	15,0
2006	31,9	-	18,2	22,2	46,8	31,8	27,9	27,9	11,3

## 5. CONCLUSÃO

Vários investimentos foram realizados para capacitar a Fundação a atender mais pessoas e com qualidade, como se pode notar pelos investimentos realizados em ampliações, equipamentos, tecnologia da informação, treinamento de recursos humanos e pesquisa científica. Além disso, alguns procedimentos foram adotados para otimizar os recursos como o controle de estoque e a implantação de protocolos clínicos. Evidenciam-se nesse mesmo período, melhores resultados como os medidos pela taxa de eficácia terapêutica e pela taxa de ocupação hospitalar que aumentaram. Porém, a taxa de reinternação aumentou e não houve redução da taxa de mortalidade. Pode-se deduzir a presença de outros fatores que interferem na qualidade do atendimento como o cuidado médico.

De qualquer maneira, pode-se afirmar que os indicadores hospitalares são instrumentos valiosos no monitoramento da qualidade do atendimento dos hospitais. Por meio dos indicadores é possível avaliar objetivamente se a qualidade do atendimento melhorou, manteve-se estável ou piorou. Vale ressaltar que a análise quantitativa das variações dos indicadores não é suficiente para fazer inferências sobre o desempenho dos hospitais, mas funciona como um alerta para que investigações sejam feitas in loco. Um aumento da taxa de mortalidade, por exemplo, pode estar relacionada tanto a ineficácia do hospital quanto ao aumento de número de pacientes com quadros clínicos irreversíveis. Entretanto, um aumento ou um índice acima do normal por períodos longos sugerem problemas nos hospitais.

A taxa de eficácia terapêutica aumentou 3%, ou seja, aumentou o percentual de pacientes que deixam o hospital por motivo de alta. Por outro lado, a taxa de reinternação aumentou 2%, e isso pode estar relacionado ao não cumprimento das recomendações médicas após a alta, como também pode estar relacionado a uma alta indevida, uma vez que uma das orientações da diretoria é que se tente reduzir a taxa de permanência nos hospitais. Entende-se que essa orientação é feita para que outros pacientes

sejam atendidos, pois a demanda pelos serviços de saúde pública é grande, mas não se sabe se os hospitais (os médicos) se sentem pressionados para acelerar a alta dos pacientes.

Além disso, uma das metas da Fundação é aumentar a arrecadação via SUS, o que está relacionado ao princípio do equilíbrio, ou seja, tentar equilibrar receitas e despesas como orienta a Lei de Diretrizes Orçamentárias, reforçada pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Entretanto, esse aumento pode se tornar mais efetivo por meio da ampliação do número de leitos, o que tem sido feito ainda que lentamente em alguns hospitais.

Com relação à execução orçamentária da FHEMIG, ficou claro que o orçamento é adaptado para cumprir as metas da Fundação e não apenas como algo mecânico de controle de gastos. O orçamento não é seguido à risca, ou seja, as verbas podem ser remanejadas de um investimento para outro, mediante justificativa e determinação da diretoria. Para fazer os investimentos foram utilizados recursos do Tesouro do Estado de Minas Gerais, uma vez que os recursos do SUS se referem basicamente ao ressarcimento pelos serviços prestados aos seus usuários.

As unidades, apesar de terem autonomia para realizar determinados gastos, não podem comprar nada sem que tenham o crédito orçamentário correspondente ao pagamento. Essa medida é fundamental para que o fluxo de caixa não extrapole o orçamento negativamente. Além do mais, a Lei de Responsabilidade Fiscal proíbe que gastos sejam feitos sem que haja o correspondente empenho, ou crédito orçamentário. Por sua vez, o Tribunal de Contas exerce uma fiscalização para evitar que ocorram extrapolações e outras irregularidades. Pode-se notar que o orçamento tem sido executado de acordo com as novas exigências legais, conforme os comentários de vários autores abordados neste trabalho.

A diretoria da FHEMIG ao tomar suas decisões sobre investimentos procurou se guiar inicialmente pelos relatórios dos órgãos fiscalizadores da Fundação, tais como a Vigilância Sanitária, os Conselhos regionais de Medicina e Enfermagem e o Ministério Público. Os apontamentos feitos nestes relatórios levantaram as prioridades da Fundação num primeiro momento. Pode-se dizer que foram decisões racionais, uma vez que é importante para a FHEMIG seguir certas recomendações, sobretudo da ANVISA.

Já nas decisões referentes aos procedimentos de gestão adotados, percebe-se que houve uma tendência a criar procedimentos que reduzam gastos. Pode-se destacar o controle de estoques de medicamentos e a implantação dos protocolos clínicos como dois exemplos disso. A intenção que se nota nas decisões de criar estes procedimentos é a de tornar a FHEMIG mais eficiente no sentido de reduzir custos.

Diferentemente do que acontece com organizações privadas, esta redução de custos não está voltada para um aumento do lucro. Visto que a Fundação não tem fins lucrativos, a redução de custos contribui para que mais pessoas possam ser atendidas, ou seja, devido aos limites orçamentários, a redução de gastos por paciente permite que um número maior de usuários do SUS sejam atendidos num determinado período. É claro que esta redução de custos não deve comprometer a qualidade do atendimento, isso poderá ser investigado posteriormente com a implantação do índice de satisfação do usuário já em fase de elaboração.

Enfim, nota-se o alinhamento das decisões tomadas com a gestão de resultados, tão requisitada na administração pública nos últimos anos. Além disso, ressalta-se a importância da adoção de indicadores hospitalares para medir e auxiliar na avaliação de resultados. Uma avaliação satisfatória, por meio dos indicadores hospitalares, está relacionada a uma administração positiva da verba orçamentária. Em outras palavras, não se pode fazer uma análise somente sob o enfoque financeiro, ou seja, verificar se o limite orçamentário não é excedido, se as contas são pagas dentro do prazo, mas não investigar se as metas ou objetivos da organização estão sendo alcançados. Portanto, é necessário não só o compromisso em seguir as regulamentações do plano orçamentário, mas também a competência em gerir os recursos públicos buscando resultados satisfatórios para a população.

## 6. BIBLIOGRAFIA

- BANFIELD, E. *Ends and means in planning in Faludi*. A reader in planning theory. Oxford: Pergamon Press, 1973.
- BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil, de cinco de outubro de 1988.
- BRASIL, Emenda Constitucional 19/98 de cinco de junho. Dispõe sobre a Gestão Pública.
- BRASIL, Lei Complementar 101/2000 de quatro de maio. Lei de Responsabilidade Fiscal
- BRASIL, Lei 27/2002 de oito de novembro. Dispõe sobre a Gestão Hospitalar.
- BROOK, R.H., McGLYNN, E.A. 1991. *Maintaining quality of care*. In E Ginnzberg, Health Services Research Key to Health Policy. Haward University Press, Cambridge, MA.
- BRUNS, W. J. *Performance measurement, evaluation, and incentives*. Boston: Harvard Business School Press, 1992.
- GIACOMONI, J. *Orçamento público*. 14. ed. rev. e atual. São Paulo: Atlas, 2007
- GIAMBIAGI, F; ALÉM, A. C. *Finanças Públicas – Teoria e Prática no Brasil*. Rio de Janeiro: Campus, 1999.
- GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GUIMARÃES BRASIL, H. *Processo Decisório e a Questão Orçamentária: Uma analogia*. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro: Jul/Set. 1993.
- HAIR, JF; ANDERSON, R; TATHAM, R; BLACK, W. *Análise Multivariada de Dados*, 5a edição, Bookman, São Paulo, 2005.
- IEZZONI, L. 1994. *Risk Adjustment for Measuring Health Care Outcomes*. Health Administration Press, Ann Arbor, MI.
- KAPLAN, R. S. e NORTON, D. P. *The balanced scorecard: translating strategy into action*. Boston: Harvard Business School Press, 1996.
- LINDBLOM, C. *The science of muddling through*. In: Public Administration Review, 2a edição, Chicago, 1972.
- MASKELL, B. H. *Making the numbers count: the accountant as change agent on the world class team*. Portland: Productivity Press, 1996.
- MATIAS PEREIRA, J. *Finanças públicas: a política orçamentária no Brasil*. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2006
- MIRANDA, L. C. e SILVA, J. D. *Medição de desempenho*. In: SCHIMIDT, Paulo (org.). Controladoria: agregando valor para a empresa. Porto Alegre: Bookman, 2002.
- OTA - Office of Technology Assessment 1988. Hospital Mortality Rates, p. 71-98. In Quality of Medical Care - Information for Consumers, OTA - H-386. Congress of the United States: Office of Technology Assessment. Washington D.C.
- PEDONE, L. *Formulação, implementação e avaliação de políticas públicas*. Brasília: Funcep, 1986.
- SHELDON, T. 1998. *Promoting health care quality: what role performance indicators?* Quality in Health Care 7 (Suppl.): S45-S50.
- SIMON, H.. *O Comportamento Administrativo*. Rio de Janeiro: FGV, 1965.
- TRAVASSOS, C; NORONHA, J. C; MARTINS, M. *Mortalidade Hospitalar como Indicador de Qualidade: Uma Revisão*, Ciência & Saúde Coletiva, vol.4 no.2, Rio de Janeiro: 1999.
- WILLIAMS, K. New developments in performance management. Strategic Finance. April, 2002.
- YIN, R.K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3ª edição, Porto Alegre: Bookman, 2005.