

**Estudo de Novas Fontes de Financiamento nos
Hospitais Universitários**

O Caso do Hospital das Clínicas da UFPE

Umbelina Cravo Teixeira Lagioia

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Programa de Pós Graduação em Administração
Mestrado em Administração

CLASSIFICAÇÃO DE ACESSO À MONOGRAFIA DE DISSERTAÇÃO

Considerando a natureza das informações e compromissos assumidos com suas fontes, o acesso a monografia do mestrado em Administração da Universidade Federal de Pernambuco é dividido em três graus:

- “Grau 1”: livre (sem prejuízo das referências ordinárias em citações diretas e indiretas);
- “Grau 2”: com vedação de cópias, no todo ou em parte, sendo, em consequência, restrita a consulta em ambientes de biblioteca, com saída controlada;
- “Grau 3”: apenas com autorização expressa do autor, por escrito. Devendo, por isso, o texto, se confiado a bibliotecas que assegurem a restrição, ser mantido em local sob chave ou custódia.

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

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

Título da monografia: Estudo de Novas Fontes de Financiamento nos Hospitais Universitários: O Caso do Hospital das Clínicas da UFPE

Nome do Autor: Umbelina Cravo Teixeira Lagioia

Data da Aprovação: 24 janeiro de 2002

Classificação, conforme especificação acima:

Grau 1

Grau 2

Grau 3

Recife, 22 de abril de 2002

Umbelina Cravo Teixeira Lagioia

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Programa de Pós Graduação em Administração
Mestrado em Administração

Estudo de Novas Fontes de Financiamento nos Hospitais Universitários: O Caso do Hospital das Clínicas da UFPE

Umbelina Cravo Teixeira Lagioia

Dissertação de mestrado apresentada como
requisito complementar para obtenção do Grau
de Mestre em Administração

Recife, Abril de 2002

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Programa de Pós Graduação em Administração
Mestrado em Administração

Estudo de Novas Fontes de Financiamento nos Hospitais Universitários O Caso do Hospital das Clínicas da UFPE

Umbelina Cravo Teixeira Lagioia

Dissertação submetida ao corpo docente do Curso de Mestrado em Administração da Universidade Federal de Pernambuco e aprovada em 24 de janeiro de 2002

Banca Examinadora

Professor James Anthony Falk, Ph.D (Orientador - UFPE)

Professora Rezilda Rodrigues Oliveira, Doutora (Examinadora Interna - UFPE)

Professor Gustavo Lopes de Carvalho, Doutor (Examinador Externo – UPE)

*De tudo ficaram três coisas:
a certeza de que estamos sempre começando,
a certeza de que é preciso continuar,
e a certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar.*

*Fazer da interrupção um novo caminho;
fazer da queda um passo de dança;
do medo, uma escada;
do sonho, uma ponte;
e da procura,
um encontro.*

Fernando Sabino

Ao término de um grande trabalho, temos a nítida sensação que Deus sempre nos presenteia com a paz do dever cumprido. No meu caso, confesso que fui uma privilegiada, pois posso dizer que recebi dois presentes...

Gabriela, minha filha, é com muito orgulho e alegria que dedico a você esta pesquisa.

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar, a Deus, nosso Pai, que sempre nos ensina a seguir adiante, mesmo quando tudo a nossa frente nos mostra o contrário.

À minha mãe, Adalgisa, que representa um instrumento divino a guiar-me nesta vida.

Ao meu orientador, Professor James Falk, pelo empenho, pela sabedoria e pela calma que foram fundamentais e decisivos na coordenação deste trabalho.

Aos meus familiares e amigos, próximos e distantes, que me incentivaram, apoiaram e principalmente, ajudaram muito para que estas linhas fossem escritas...

Muito obrigada!

Resumo

Esta pesquisa busca analisar fontes alternativas de financiamento nos Hospitais Universitários, enfocando com mais detalhes o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE). A administração do hospital tem a intenção de disponibilizar 50 leitos (10% do total) para o atendimento a pacientes através de convênios com a rede particular e/ou pública de saúde.

O objetivo principal do estudo é verificar até que ponto a implantação de convênios com a rede particular e/ou pública de saúde, sem ser o SUS, poderá cobrir o déficit financeiro existente no HC/UFPE, bem como avaliar o impacto causado por essa mudança na comunidade universitária e a população circunvizinha ao hospital.

A fim de se conseguir esse objetivo, buscou-se, primeiramente, efetuar um estudo exploratório junto a todos os Hospitais Universitários listados no *web site* do Ministério da Educação para se conhecer melhor a realidade desses hospitais e enquadrar o HC/UFPE dentro desse contexto.

A seguir, foi feita uma pesquisa de levantamento junto a comunidade universitária, através de uma amostra formada por alunos, professores e técnicos administrativos (n= 302) bem como da população circunvizinha ao HC/UFPE (n = 306) com a finalidade de se verificar o grau de aceitação dessa mudança perante os principais interessados.

Finalmente, construíram-se cenários financeiros, na forma de estudo de caso, para que se pudesse avaliar até que ponto o ingresso das receitas oriundas dos convênios

com a iniciativa privada e/ou pública de saúde poderia cobrir o déficit financeiro, bem como gerar recursos para garantir novos investimentos.

Como resultado final conclui-se que:

1) Tanto a comunidade universitária, como a população circunvizinha ao HC/UFPE foram favoráveis às mudanças propostas;

2) Dois cenários financeiros propostos através da implantação dos convênios com a rede particular e/ou pública de saúde poderão ajudar a cobrir o déficit financeiro e também financiar novos investimentos desde que haja também um controle efetivo dos custos gerados por essa nova entrada de recursos.

Abstract

This research paper strives to analyze alternative sources of finance for University Hospitals, emphasizing, in a detailed fashion, the *Hospital das Clínicas (HC)* of the Federal University of Pernambuco (UFPE). The hospital was willing to add 50 hospital beds to its total capacity (10%) for the purpose of attending patients covered by private and/or public (state) healthcare insurance.

The main objective is to verify to what degree the implementation of agreements with the private and/or public network of health services would cover the financial deficit existing at the *Hospital das Clínicas*, as well as evaluate the degree of acceptance of this change within the university community and the surrounding population of the hospital.

In order to attain this objective, an exploratory study of all the University Hospitals listed on the Web site of the Ministry of Education was initially undertaken in order to better understand the reality of these hospitals and to place the HC/UFPE with this context.

Following this study, a survey was taken of the university community composed of students, teachers and administrative staff (n=302) and the surrounding population (n=314) to the HC/UFPE for the purpose of verifying the degree of acceptance of this proposed change among the principle stakeholders.

Finally, several financial proposals were estimated, in the form of a case study, in order to evaluate to what degree the additional resources from the private agreements with the health care network could cover the hospital's existing deficit, as well as generate additional resources to guarantee new investments.

As a result, it may be concluded that:

- 1) Both the university community and surrounding population to the HC/UFPE are favorable to the proposed changes;
- 2) Two of the financial proposals with the private and/or public network of health care services may help to cover the existing deficit and also finance new investments as long as there is an effective control mechanism of the costs generated by this new additional source of finance.

Sumário

1 Introdução	25
1.1 Apresentação do tema	25
1.2 Perguntas de pesquisa	31
1.3 Objetivos	32
1.4 Justificativas teóricas e práticas	33
2 Fundamentação teórica	35
2.1 Antecedentes históricos: seis décadas de saúde no Brasil	35
2.2 A Conferência de Alma-Ata	41
2.3 A organização sanitária no Brasil nas décadas de 80 e 90	44
2.4 O financiamento da assistência médico-hospitalar	48
2.5 Financiamento dos Hospitais Universitários: situação atual	53
2.6 O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco	62
3 Metodologia da pesquisa	68
3.1 Delineamento da pesquisa e método.....	68
3.1.1 Etapa 1: Estudo exploratório sobre a situação dos HU's no Brasil	69
3.1.2 Etapa 2: Pesquisa de levantamento sobre a aceitação da comunidade frente às mudanças sugeridas.....	69
3.1.3 Etapa 3: Estudo de caso enfocando o HC/UFPE	71
3.2 Técnica de análise de dados.....	73
4 Construção das amostras	75
4.1 Comunidade universitária da UFPE.....	75
4.2 População circunvizinha ao HC/UFPE.....	78
5 Análise dos resultados e discussão.....	80
5.1 Comunidade universitária da UFPE (alunos, professores e técnicos administrativos). 81	
5.1.1 Dados demográficos das amostras	81
5.1.2 Análise das correlações.....	84
5.1.2.1 Amostra segmentada por plano privado de saúde	90
5.1.2.2 Amostra segmentada por área de estudo, reitoria e órgãos suplementares.	96
5.2 População circunvizinha ao HC/UFPE.....	107
5.2.1 Dados demográficos das amostras	107
5.2.2 Análise das correlações.....	110
5.2.2.1 Amostra segmentada por plano privado de saúde	115
5.2.2.2 Amostra segmentada por bairros	121

6 Construção dos cenários financeiros.....	126
7 Sugestões fornecidas e viabilidade de implantação	151
8. Conclusões e recomendações.....	156
9. Notas	161
10 Referências bibliográficas	165
11 Anexos	169

Lista de quadros

1.1 Classificação das despesas por elemento – HC/UFPE – outubro/2001	30
2.1 Satisfação das necessidades financeiras dos HU's por Região – ano: 2000.....	55
2.2 Resumo das características demográficas dos respondentes da Região Sul no ano 2000	58
2.3 Resumo das características demográficas dos respondentes da Região Centro-Oeste no ano 2000	58
2.4 Resumo das características demográficas dos respondentes da Região Sudeste no ano 2000.....	59
2.5 Resumo das características demográficas dos respondentes da Região Nordeste no ano 2000.....	59
2.6 Distribuição das receitas produzidas e recebidas no HC/UFPE – 1997 a 2000	62
2.7 Discriminação das receitas e despesas MEC/SUS – HC/UFPE– 1997 a 2000.....	64
2.8 Discriminação das despesas MEC/SUS no HC/UFPE, nos anos de 1997 a 2000	65
4.1 Distribuição da amostra representativa da comunidade acadêmica da UFPE, no ano de 2001.....	77
4.2 Distribuição da amostra da população circunvizinha ao HC/UFPE, ano de 2001.....	79
5.1 Discriminação dos serviços médico-hospitalares requisitados pela comunidade universitária da UFPE, no ano de 2001.	88
5.2 Discriminação dos horários requisitados pela comunidade universitária da UFPE, no ano de 2001.	88
5.3 Resumo da tabulação dos dados referentes à variável 18 do questionário	101
5.4 Resumo da tabulação dos dados referentes à variável 19 do questionário	101
5.5 Resumo da tabulação dos dados referentes à variável 20 do questionário	102
5.6 Resumo da tabulação dos dados referentes à variável 21 do questionário	102

5.7 Discriminação dos serviços médico-hospitalares requisitados pela população circunvizinha ao HC/UFPE, no ano de 2001.	113
5.8 Discriminação dos horários requisitados pela população circunvizinha ao HC/UFPE, no ano de 2001.	114
5.9 Discriminação dos serviços médico-hospitalares requisitados pela comunidade universitária da UFPE e pela população circunvizinha ao HC/UFPE, no ano de 2001....	120
5.10 Relação dos principais planos de saúde particulares distribuídos por bairros, no ano de 2001.	123
6.1 Procedimentos hospitalares mais realizados pelo HC/UFPE entre os anos de 1997 a 2000.....	128
6.2 Comparativo de remuneração de procedimentos médico-hospitalares no ano de 2001	132
6.3 Demonstrativo das médias de permanência por procedimento, no ano de 2001	133
6.4 Demonstrativo, por clínica, da média da taxa de ocupação e média de permanência do HC/UFPE, nos meses de março, abril e maio/2001.	135
6.5 Demonstrativo da ampliação dos leitos no HC/UFPE, no ano de 2001	136
6.6 Distribuição dos leitos por procedimentos – HC/UFPE, ano de 2001.....	136
6.7 Demonstrativo dos custos médios por área – HC/UFPE – 2001 (cenário 01).....	139
6.8 Cenário 01 - quadro comparativo de remuneração de procedimentos médico-hospitalares HC/UFPE, no ano de 2001.	140
6.9 Demonstrativo dos custos médios por área – HC/UFPE – 2001 (cenário 02).....	142
6.10 Cenário 02 - quadro comparativo de remuneração de procedimentos médico-hospitalares HC/UFPE, no ano de 2001.	143
6.11 Demonstrativo dos custos médios por área – HC/UFPE – 2001 (cenário 03)	144
6.12 Cenário 03 - quadro comparativo de remuneração de procedimentos médico-hospitalares HC/UFPE, no ano de 2001.	145
6.13 Demonstrativo dos custos médios por área – HC/UFPE – 2001 (cenário 04)	146
6.14 Cenário 04 - quadro comparativo de remuneração de procedimentos médico-hospitalares HC/UFPE, no ano de 2001	147
6.15 Resumo comparativo dos cenários de remuneração de procedimentos médico-hospitalares HC/UFPE, no ano de 2001	149
11.1 Demonstrativo dos custos médios da Obstetrícia-HC/UFPE, ano de 2001 (cenário 01)	194

11.2 Demonstrativo dos custos médios da Cirurgia Geral - HC/UFPE, ano de 2001 (cenário 01).....	195
11.3 Demonstrativo dos custos médios da Ginecologia - HC/UFPE, ano de 2001 (cenário 01)	196
11.4 Demonstrativo dos custos médios da Obstetrícia - HC/UFPE, ano de 2001 (cenário 02)	197
11.5 Demonstrativo dos custos médios da Cirurgia Geral - HC/UFPE, ano de 2001 (cenário 02).....	198
11.6 Demonstrativo dos custos médios da Ginecologia - HC/UFPE, ano de 2001 (cenário 02)	199
11.7 Demonstrativo dos custos médios da Obstetrícia - HC/UFPE, ano de 2001 (cenário 03)	200
11.8 Demonstrativo dos custos médios da Cirurgia Geral - HC/UFPE, ano de 2001 (cenário 03).....	201
11.9 Demonstrativo dos custos médios da Ginecologia - HC/UFPE, ano de 2001 (cenário 03)	202
11.10 Demonstrativo dos custos médios da Obstetrícia - HC/UFPE, ano de 2001 (cenário 04)	203
11.11 Demonstrativo dos custos médios da Cirurgia Geral - HC/UFPE, ano de 2001 (cenário 04).....	204
11.12 Demonstrativo dos custos médios da Ginecologia - HC/UFPE, ano de 2001 (cenário 04)	205

Lista de tabelas

5.1 Descrição dos dados demográficos dos alunos da UFPE, no ano de 2001	83
5.2 Descrição dos dados demográficos dos professores e técnicos administrativos da UFPE, no ano de 2001	83
5.3 Correlação entre as variáveis de maior interesse representativas da amostra pertencentes à comunidade da UFPE, no ano de 2001.	84
5.4 Correlação entre as variáveis de maior interesse da amostra da comunidade universitária <i>que possui</i> planos de saúde, ano 2001	91
5.5 Correlação entre as variáveis de maior interesse da amostra da comunidade universitária <i>que não possui</i> planos de saúde, ano 2001	91
5.6 Correlação entre as variáveis de maior interesse representativas da amostra da comunidade da UFPE da área de humanas, ano 2001	97
5.7 Correlação entre as variáveis de maior interesse representativas da amostra da comunidade da UFPE da área de exatas, ano de 2001.....	98
5.8 Correlação entre as variáveis de maior interesse representativas da amostra da comunidade da UFPE da área de saúde, no ano de 2001.....	99
5.9 Correlação entre as variáveis de maior interesse representativas da amostra da comunidade da UFPE da reitoria e órgãos suplementares, no ano de 2001.	100
5.10 Descrição dos dados demográficos da população circunvizinha ao HC/UFPE, no ano de 2001.....	109
5.11 Correlação entre as variáveis de maior interesse representativas da amostra, pertencentes à população circunvizinha ao HC/UFPE, no ano de 2001.	111
5.12 Correlação entre as variáveis de maior interesse representativas da amostra, pertencentes à população circunvizinha ao HC/UFPE, possuidor ou não de plano de saúde, ano de 2001.	115
5.13 Correlação entre as variáveis de maior interesse representativas da amostra, pertencentes à população circunvizinha ao HC/UFPE, conforme bairro, ano 2001.....	122

11.1 Correlação entre as variáveis representativas da amostra de alunos pertencentes à comunidade da UFPE, no ano de 2001	173
11.2 Correlação entre as variáveis representativas da amostra de professores e técnico-administrativos pertencentes à comunidade da UFPE - 2001.....	174
11.3 Correlação entre as variáveis dos alunos da UFPE que possuem planos de saúde no ano de 2001	175
11.4 Correlação entre as variáveis dos professores e técnicos administrativos da UFPE que possuem planos de saúde no ano de 2001.....	176
11.5 Correlação entre as variáveis dos alunos da UFPE que não possuem planos de saúde no ano de 2001	177
11.6 Correlação entre as variáveis dos professores e técnicos administrativos da UFPE que não possuem planos de saúde no ano de 2001.	178
11.7 Correlação entre as variáveis dos alunos da UFPE da área de saúde, no ano de 2001.	179
11.8 Correlação entre as variáveis dos professores e técnicos administrativos da UFPE, da área de saúde, no ano de 2001.	180
11.9 Correlação entre as variáveis dos alunos da área de exatas da UFPE, no ano de 2001.	181
11.10 Correlação entre as variáveis dos professores e técnicos administrativos da UFPE, da área de exatas, no ano de 2001.	182
11.11 Correlação entre as variáveis dos alunos da área de humanas da UFPE, no ano de 2001.....	183
11.12 Correlação entre as variáveis dos professores e técnicos administrativos da UFPE, da área de humanas, no ano de 2001	184
11.13 Correlação entre as variáveis dos professores e técnicos administrativos da reitoria e órgãos suplementares da UFPE, no ano de 2001.	185
11.14 Correlação entre as variáveis da população circunvizinha ao HC/UFPE, no ano de 2001.....	186
11.15 Correlação entre as variáveis da população circunvizinha ao HC/UFPE que não possui planos de saúde, no ano de 2001	187
11.16 Correlação entre as variáveis da população circunvizinha ao HC/UFPE que possui planos de saúde, no ano de 2001.	188
11.17 Correlação entre as variáveis da população circunvizinha ao HC/UFPE que reside no bairro de torrões, no ano de 2001.....	189

11.18	Correlação entre as variáveis da população circunvizinha ao HC/UFPE que reside no bairro da várzea, no ano de 2001.	190
11.19	Correlação entre as variáveis da população circunvizinha ao HC/UFPE que reside no bairro de iputinga, no ano de 2001.	191
11.20	Correlação entre as variáveis da população circunvizinha ao HC/UFPE que reside no bairro do cordeiro, no ano de 2001.	192
11.21	Correlação entre as variáveis da população circunvizinha ao HC/UFPE que reside no bairro do engenho do meio, no ano de 2001.	193

Lista de gráficos

1.1 Distribuição percentual das despesas – HC/UFPE – outubro/2001	30
2.1 Acompanhamento das receitas e despesas do HC/UFPE, - 1997 a 2000	63
2.2 Evolução das receitas e despesas MEC/SUS - HC/UFPE, 1997 a 2000	64
2.3 Evolução das despesas MEC nos anos de 1997 a 2000	65
2.4 Evolução das despesas do SUS nos anos de 1997 a 2000	65
5.1 Correlação comparativa entre a amostra representativa da comunidade universitária da UFPE e da população circunvizinha ao HC/UFPE <i>que possuem</i> planos de saúde, no ano de 2001.....	118
5.2 Correlação comparativa entre a amostra representativa da comunidade universitária da UFPE e da população circunvizinha ao HC/UFPE <i>que não possuem</i> planos de saúde, no ano de 2001.	118
6.1 Evolução dos procedimentos obstétricos mais realizados pelo HC/UFPE entre 1997 a 2000.....	129
6.2 Evolução dos procedimentos de ginecologia e cirurgia geral mais realizados pelo HC/UFPE entre 1997 a 2000	129
7.1 Resumo das sugestões fornecidas pela comunidade universitária e pela população circunvizinha ao HC/UFPE, no ano de 2001.	152
7.2 Resumo dos serviços médico-hospitalares citados pela comunidade universitária e pela população circunvizinha ao HC/UFPE, no ano de 2001.	154

Lista de figuras

5.1 Mapa simplificado da região geográfica próxima ao HC/UFPE, no ano de 2001**123**

Definição dos termos a serem usados na pesquisa

Alunos: Estudantes de graduação e pós-graduação, regularmente matriculados na Universidade Federal de Pernambuco.

Área de estudo: Aglutinação de alguns centros acadêmicos da UFPE, formando grandes áreas de conhecimento:

- *Área de Humanas:* corresponde ao Centro de Artes e Comunicação (CAC), Centro de Educação (CE), Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH), Centro de Ciências Sociais e Aplicadas (CCSA) e a Faculdade de Direito (FD).
- *Área de Exatas:* corresponde ao Centro de Ciências Exatas e da Natureza (CCEN), Centro de Tecnologia e Geociências (CTG) e ao Centro de Informática (CI).
- *Área de Saúde:* corresponde ao Centro de Ciências Biológicas (CCB) e ao Centro de Ciências da Saúde (CCS).

Convênios com a rede privada de saúde: Acordo financeiro entre financiadores e prestadores de serviços de saúde para o pagamento dos serviços médicos.

Centros Acadêmicos: São unidades administrativas da UFPE nas quais são distribuídos os seus diversos cursos. A universidade conta atualmente com 10 centros acadêmicos, que juntos reúnem 67 departamentos, aos quais estão vinculados 63 cursos de graduação e 148 de pós-graduação, entre especializações, mestrados e doutorados.

Comunidade Universitária da UFPE: Representa a reunião dos alunos, professores e técnicos administrativos da Universidade Federal de Pernambuco.

Conta Médica: Corresponde à remuneração de todos os procedimentos médico-hospitalares realizados em um paciente, durante sua permanência no hospital.

Déficit financeiro: Corresponde ao quadro financeiro negativo gerado através da confrontação entre as despesas e receitas.

Despesas de custeio/manutenção: Correspondem a dotações para manutenção de serviços anteriormente criados, inclusive as destinadas a atender obras de conservação e adaptação de bens móveis. (Kohama, 1999).

Despesas de investimento: São os gastos realizados pela entidade pública cujo propósito é criar novos bens de capital (Kohama, 1999).

Hospitais universitários: Hospitais de ensino ou "hospitais-escola" vinculados à Universidades Federais de Ensino Superior - UFES.

Média de Permanência: Representa a quantidade média de dias que o paciente fica internado em um hospital

Órgãos Suplementares: correspondem às unidades administrativas da UFPE que não oferecem cursos de graduação nem de pós-graduação, mas oferecem serviços de apoio para o pleno funcionamento da universidade. São eles:

- Biblioteca Central,
- Editora Universitária,
- Hospital das Clínicas;
- Laboratório de Imunopatologia Keizo Asami (Lika)
- Núcleo de TV e Rádios Universitárias,
- Núcleo da Tecnologia da Informação,
- Núcleo de Educação Física e Desportos,
- Prefeitura da Cidade Universitária

População circunvizinha ao HC/UFPE: Representa os moradores das regiões geográficas próximas ao Hospital das Clínicas.

Professores: São todos os docentes que possuem vínculo regular com UFPE. Dividem-se em:

- Professores efetivos (possuem vínculo permanente com a instituição)
- Professores substitutos (possuem vínculo transitório com a instituição, mediante contrato de 02 anos)
- Professores visitantes (possuem vínculo transitório com a instituição, mediante convite efetuado entre a UFPE e a instituição de origem do professor)

Receita suplementar: Qualquer forma de receita que não for oriunda do governo para fins orçamentários.

Reitoria: É o órgão que coordena, planeja e supervisiona as atividades da UFPE. É constituída pelo gabinete do reitor e por cinco pró-reitorias. O gabinete é composto pela Secretaria dos Órgãos Deliberativos Superiores, Assessorias do Reitor, Procuradoria Geral e comissões permanentes setoriais.

Tabela SUS: Tabela de remuneração do Convênio SUS, por procedimentos ,médicos realizados pelos Hospitais Universitários.

Taxa de Ocupação: Percentual médio dos leitos disponíveis em um hospital e que são ocupados por pacientes.

Técnicos Administrativos: Funcionários que mantêm vínculo regular com a UFPE e que desenvolvem atividades burocráticas.

1

Introdução

1.1 Apresentação do tema

Uma das questões importantes referente ao desenvolvimento de um país diz respeito ao nível da interferência estatal em atividades que poderiam ser entregues à iniciativa privada. A análise empírica demonstra que, quando o Estado intervém de forma excessiva, pode causar muitas falhas no desenvolvimento econômico e que, aqueles países que prosperaram, geralmente limitaram tal interferência e permitiram que a iniciativa privada contribuísse mais para o progresso. Esse ponto é observado em diversos setores da economia e leva ao argumento que essas discussões também se aplicam ao setor de assistência à saúde (Musgrove, 1996).

No ano de 1990 os cuidados com a saúde consumiram no mundo todo aproximadamente US\$ 1,7 trilhões de dólares, transformando esse mercado em uma das maiores indústrias da economia global. Em média, 60% desses recursos saíram dos cofres públicos, o que nos faz pensar que, se esse gasto for inapropriado ou excessivo, as conseqüências para a economia e os resultados para o setor de saúde serão substanciais (Murray, Govindaraj and Musgrove, 1994 apud Musgrove, 1996).

Diferentemente do que acontece em outros setores da economia, esse papel substancial da regulamentação e abastecimento do Estado no setor da saúde é mais efetivo nos “países desenvolvidos”. Nos países mais pobres, o Estado geralmente financia uma parcela menor dos gastos com a saúde. Pergunta-se: será que isso pode ser tomado como um modelo para o futuro desenvolvimento da saúde nos países de baixa renda? Será que essa diferença no montante e no tipo de intervenção do Estado no setor da saúde está associada às diferenças da população e à eficiência dos serviços prestados?

Ao mesmo tempo em que consomem muitos recursos, vários sistemas de saúde são rotulados de ineficientes ou inequitativos, ou ambos; além de serem descritos como estando permanentemente em crise e necessitando de reformas. Novamente se pergunta: essas falhas existentes no sistema são reais ou elas podem ser causadas pela má intervenção do Estado? E ainda, elas poderiam ser corrigidas através de uma aliança com o setor privado ou não? Caso fossem entregues à iniciativa privada, a situação seria ainda pior? Há um limite apropriado entre a intervenção pública e a privada?

É relativamente simples concluir que os governos devem executar determinadas ações e deixar outras a cargo da iniciativa privada. Com frequência, existe uma variedade de soluções possíveis e nem sempre uma solução óbvia. A teoria nem sempre fornece as respostas e a evidência empírica ainda é extremamente variada e incompleta.

A questão essencial a ser perguntada para determinar o papel apropriado do Estado e da iniciativa privada é se os serviços de saúde diferem de outros bens e serviços de forma a justificar ou explicar a extensa e variada intervenção pública observada.

O objetivo principal não é separar as esferas públicas e privadas, mas, ao contrário, determinar quais funções ou atividades são melhores conduzidas pelo Estado e pela iniciativa privada e ainda, se elas devem operar separadamente ou em forma de colaboração.

O perfil da saúde brasileira deve ser analisado dentro do contexto de um país continental por suas dimensões, e cuja principal característica é a enorme desigualdade entre as camadas sociais no que diz respeito à renda, às condições ambientais e ao acesso aos direitos mais elementares como saúde, educação, moradia e transporte.

As últimas duas décadas foram marcadas por intensas transformações no sistema de saúde brasileiro, intimamente relacionadas às mudanças ocorridas no âmbito político - institucional. Simultaneamente ao processo de redemocratização, iniciado nos anos 80, o país passou por uma grave crise financeira (Couttolenc e Zucchi, 1998).

Tradicionalmente, os hospitais públicos oferecem serviços para uma população menos favorecida economicamente a quem outras instituições não atendem ou não querem atender. Daí decorre que, recorrer a serviços de um hospital público raramente se configura em uma escolha, mas numa necessidade (Castelar et al, 1995).

Entretanto, o que se observa nos últimos anos é que os serviços de saúde oferecidos pelo setor público não vêm atendendo satisfatoriamente às necessidades dessa crescente demanda populacional cuja tendência é atingir níveis de expectativas de vida cada vez maiores.

Dentro dessa realidade, encontra-se a figura dos Hospitais Universitários (HU's), que são hospitais - escola cujo objetivo precípua é dar apoio acadêmico e profissional aos estudantes da área de saúde dessas universidades, através do atendimento à população. Esses hospitais sempre gozaram no Brasil um conceito extremamente alto, graças à qualidade de sua assistência médica e à capacidade profissional de seus corpos clínico, cirúrgico e auxiliar (Castellani, 1996). O boletim da ANDIFES (1999), no seu Editorial informa que:

“Entre os Hospitais Universitários, os que compõem a rede dos vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES)¹ respondem por um milhão de consultas por mês e têm 10.000 leitos. Eles formam a maior rede pública de atendimento de saúde no País²

Como 24 das IFES têm hospitais de ensino, algumas com mais de uma unidade, o total existente no país soma 44 hospitais universitários.

Entretanto, como se viu anteriormente, a realidade brasileira de assistência à saúde mostra uma situação em que há uma grande carência de instituições prestadoras de serviços, e, por conseqüência, os HU's acabaram por absorver uma demanda populacional muito além daquela para a qual, inicialmente, dirigiram-se seus objetivos.

Como conseqüência dessa situação, esses hospitais estão passando por dificuldades para cumprirem suas missões, não devido à perda de capacidade de seus profissionais, mas, por diminuição de sua capacidade de atendimento, devido não só a super lotação, – mal crônico de todos os hospitais públicos – mas também às divisas crescentes, à míngua da dotação orçamentária, à aguda escassez de recursos humanos e ao modelo muitas vezes errôneo de gerenciamento dos hospitais de ensino (Castellani, 1996).

Algumas tentativas isoladas vêm sendo feitas no sentido de buscar contornar os efeitos negativos gerados pelos desequilíbrios financeiros nos hospitais de ensino.

O Hospital Universitário da Universidade Federal do Amazonas, por exemplo, disponibiliza para venda, à população, kits contendo boné, camisa e *bottons* com o nome da instituição no sentido de levantar algum recurso suplementar e ao mesmo tempo sensibilizar a sociedade para a situação deficitária da instituição³.

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HCPA)⁴, por sua vez, reservou parte de seus leitos para a iniciativa privada, através de convênios com a rede particular de saúde, na intenção de gerar novos recursos e equilibrar seu quadro financeiro. Atitude análoga adotou o Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – INCOR⁵, tendo ambos conseguido resultados bastante satisfatórios, conforme pode ser visto nos relatórios disponibilizados na internet e/ou publicados.

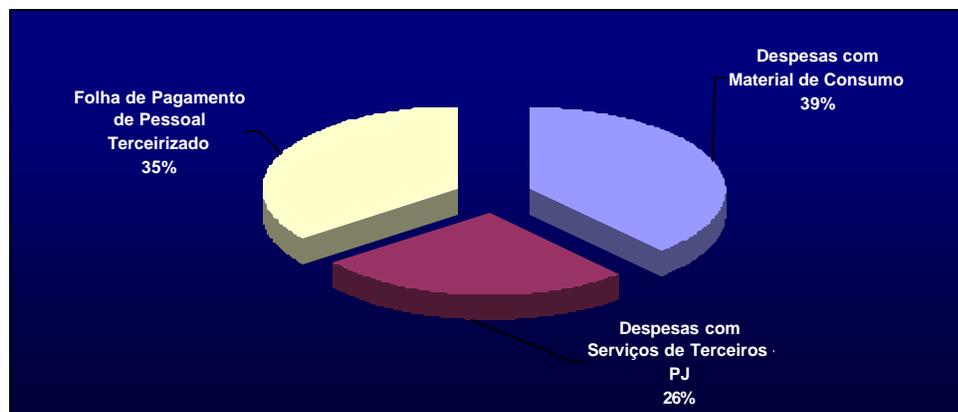
O Estado de Pernambuco também possui registros de ações nesse sentido. Podem ser citadas duas instituições: o Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP e a Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer – SPCC, que, apesar de não serem hospitais universitários, são públicos, possuem cursos de residência médica e têm como principal fonte de financiamento os repasses do governo pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ambos, além de reverterem parte de seus leitos para a iniciativa privada, contam também com campanhas abertas à população no sentido de levantar doações de recursos financeiros para aumentar suas receitas⁶.

Como se pode perceber, para um hospital público, seja ele vinculado ou não a uma Instituição Federal de Ensino Superior, exercer plenamente suas atividades, contando apenas com o financiamento estatal, é uma tarefa cada vez mais difícil.

Paralela a essa situação, percebe-se que, ultimamente, o percentual da população pagante de convênios privados aumentou significativamente. Pululam, no mercado, diversas empresas com os mais variados planos que estão dispostas a oferecer à comunidade serviços diferenciados e com maior qualidade do que aqueles ofertados pela rede pública. Daí decorre que, da grande massa daqueles que usam os serviços de saúde oferecidos pelo Estado, destaca-se cada vez mais uma parcela que tende também a se expandir em busca de melhores atendimentos e que se constitui num atraente público alvo no sistema de saúde.

Esse estudo concentrou suas atenções no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE), que atualmente se encontra com um déficit financeiro na ordem de R\$ 1.700.000,00 (um milhão e setecentos mil reais)⁷, trazendo conseqüências negativas para a sua administração.

As despesas do HC/UFPE financiadas pelo SUS foram distribuídas em três grandes grupos de acordo com o gráfico abaixo:

Gráfico 1.1 Distribuição percentual das despesas – HC/UFPE – Outubro/2001

Fonte: Coordenadoria de Orçamento e Finanças – HC/UFPE

Quadro 1.1 Classificação das despesas por elemento – HC/UFPE – Outubro/2001

Classificação	Em R\$	%
1 – Despesas com Material de Consumo	909.182,08	38,26%
2 – Despesas com Serviços de Terceiros – PJ	628.024,60	26,43%
3 - Folha de Pagamento de Pessoal Terceirizado (incluindo encargos)	839.368,52	35,32%
Total	2.376.575,20	100,00%

Fonte: Coordenadoria de Orçamento e Finanças – HC/UFPE

As despesas pertencentes ao primeiro grupo englobam principalmente medicamentos descartáveis, e outros de consumo hospitalar, além de materiais laboratoriais, de expediente e limpeza. As contidas no segundo grupo são relacionadas a despesas com contratos de manutenção de máquinas e equipamentos, energia elétrica e outros serviços prestados por pessoas jurídicas que são fundamentais para a continuidade dos serviços realizados no hospital. As despesas pertencentes ao terceiro grupo são aquelas relacionadas aos pagamentos de mão de obra prestadora dos mais diversos serviços (de telefonistas a médicos) e sem os quais seria impossível desenvolver qualquer tipo de atividade no HC/UFPE. O governo não realiza concurso para o preenchimento de vagas e o hospital precisa contratar pessoal para atender à crescente demanda da sociedade.

Atualmente, o HC/UFPE encontra-se dependente de recursos repassados pelo Governo Federal para investimentos em pesquisas, para revitalização da área física e para compra de novos equipamentos e esses recursos encontram-se cada vez mais escassos. Encontra-se um jogo em que ambos saem perdendo: o hospital, por não poder cumprir satisfatoriamente a sua missão e a população, por não encontrar na instituição o respaldo de que necessita.

Como tentativa de melhorar esse quadro, o corpo diretor do hospital tem a intenção de criar 50 novos leitos (cerca de 10% do total) para a prestação de serviços mediante a celebração de convênios com seguradoras de planos de saúde privados e/ou públicos, sem ser o SUS. A idéia é de que esses leitos gerem recursos próprios e o hospital consiga o financiamento de que precisa para dar continuidade aos seus serviços de forma adequada.

1.2 Perguntas de pesquisa

Tendo em vista a exposição de motivos descritos anteriormente, e baseada na intenção expressa do HC/UFPE em realizar convênios com a rede privada e/ou pública de saúde, esse estudo visa responder as seguintes perguntas de pesquisa:

a) Até que ponto a comunidade universitária e a população circunvizinha ao HC/UFPE são favoráveis a essa mudança, quais os serviços e os horários mais aceitáveis ⁸?

b) Até que ponto a implantação de convênios com a rede privada e/ou pública de saúde, poderá cobrir o déficit financeiro atual do HC/UFPE?

c) Os 50 novos leitos que o HC/UFPE deseja construir para o atendimento a convênios são suficientes para garantir a cobertura total de suas despesas, deixando sobra para investimentos contínuos necessários?

d) Além da internação, quais seriam as outras áreas de implantação que podiam gerar recursos alternativos?

1.3 Objetivos

O **objetivo geral** deste estudo é analisar até que ponto a implantação de convênios com a rede privada e/ou pública de saúde, sem ser o SUS, poderá cobrir o déficit financeiro do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, bem como avaliar o impacto dessa mudança perante a comunidade universitária e a população circunvizinha ao HC/UFPE.

Como **objetivos específicos**, propõe-se a:

a) Verificar, dentre os Hospitais Universitários brasileiros que já implantaram convênios com a rede privada e/ou pública de saúde, quais foram os resultados alcançados pelos mesmos, visando enquadrar o HC/UFPE dentro desse contexto;

b) Verificar o grau de aceitação da comunidade universitária e da população circunvizinha ao hospital, caso o HC/UFPE realizasse essa mudança, bem como quais os serviços mais aceitáveis e os horários mais condizentes;

- c) Realizar um estudo financeiro do HC/UFPE nos últimos quatro anos (1997 a 2000) e verificar a evolução ou involução do quadro;
- d) Projetar a receita que poderia ser gerada pelos 50 leitos que o HC/UFPE deseja disponibilizar para convênios e verificar se tal receita cobriria o atual déficit;
- e) Analisar quais as outras áreas do hospital que também poderiam ser viáveis para implantação dos convênios de saúde.

1.4 Justificativas teóricas e práticas

Responder a todas essas questões não é uma tarefa fácil, dada à complexidade da situação que merece vários estudos para aprofundamento. A abertura de um hospital público para a rede privada já é, em si, um fator bastante controverso.

Entretanto, não se deseja aqui tomar partido de nenhuma corrente contra ou a favor, mas, tão somente, evidenciar de forma científica os resultados que seriam alcançados caso essa ação fosse praticada.

A falta de literatura nessa área, ao invés de se tornar um fator limitante, se transforma numa motivação ainda maior, pois se torna clara a necessidade de pesquisas dessa natureza para que se possa contribuir com o avanço dos estudos da administração da assistência médico-hospitalar no Brasil.

Por outro lado, analisando a questão do ponto de vista prático, não se pode negar que os hospitais universitários passam por uma crise financeira. E cada um, ao seu modo, está buscando alternativas para solucionar o problema. Essa análise busca fornecer um instrumento gerencial de grande ajuda não só para a administração do próprio Hospital

das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, mas também para os gestores que lidam direta ou indiretamente com essa problemática hospitalar. Uma pesquisa acadêmica não resume em si toda a segurança necessária para a tomada de decisões, mas seus resultados podem servir como um referencial para todos aqueles que buscam respaldo nas suas atitudes.

Isso sem falar que, do ponto de vista educacional, os estudantes da saúde ao fazerem seus estágios curriculares (residências) ou mesmo durante as disciplinas práticas só lidam com pacientes oriundos da rede pública. Faz-se necessário que eles conheçam outra realidade igualmente importante: a realidade dos pacientes egressos de convênios particulares. São pacientes que possuem, na maioria das vezes, características distintas dos primeiros, pois são mais exigentes e mais esclarecidos. Essa pluralidade de comportamentos enriquece o aprendizado e os torna mais preparados para a vida prática.

Os motivos expostos acima justificam a execução dessa pesquisa. Acredita-se que vários serão os beneficiados: desde a própria Ciência, através dos resultados apresentados, passando pela parte técnica (administradores hospitalares) chegando até os usuários finais dos serviços de saúde.

Acredita-se que essa deve ser a real intenção de um estudo acadêmico: juntar a força da teoria científica com o pragmatismo da realidade para a construção de alternativas que tornem cada vez mais harmonioso o convívio em sociedade.

2

Fundamentação teórica

2.1 Antecedentes históricos: seis décadas de saúde no Brasil

Segundo Cohn (1998), data de 1923 a instituição no Brasil, por iniciativa do poder central, das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), primeira modalidade de seguros para o setor privado. Registre-se, tão somente, que o seguro de acidentes do trabalho já havia sido instituído em 1919. As CAP's organizadas por empresas, por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva, tinham como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica a seus filiados e dependentes.

O decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923 instituiu a criação das CAP's nas empresas de estrada de ferro, tendo sido posteriormente estendidas às demais, exceto àquelas que tivessem menos de 50 empregados, para as quais a aplicação da lei era facultativa.

A partir daquela década, foram definidos os grandes traços que marcam o sistema previdenciário brasileiro e que perdura, até hoje, como se pode observar a seguir:

a) Instituição, por iniciativa do Estado, da implementação de um seguro social constituído a partir dos segmentos de trabalhadores dos setores essenciais à economia brasileira, com o objetivo de assegurar formas mínimas de sobrevivência ante os acidentes e às conseqüências do esgotamento da sua capacidade para o trabalho;

b) A forma tripartite de financiamento – empregadores, trabalhadores e Estado – este último arrecadando recursos para tal fim a partir da criação de novos impostos;

c) O acesso do trabalhador e seus dependentes à assistência médica na condição de filiado ao seguro social. No caso das CAP's, organizadas por empresas e, portanto, contando com um volume de recursos insuficientes para a construção de uma infra-estrutura de serviços médicos, que passam a ser por elas ofertados a partir da compra de serviços privados sob a forma de credenciamento médico. Datam-se, portanto, dessa época, as raízes da privatização da assistência médico-hospitalar no Brasil, sob a égide da política previdenciária instituída pelo Estado e sem ônus para os cofres públicos.

Durante o período de 1933 a 1938 as CAP's são unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) que vão sendo sucessivamente criados agora congregando os trabalhadores por categoria profissional. Em 1933 é criado o IAPM (dos marítimos), em 1934 o IAPC (dos comerciários) e o IAPB (dos bancários), em 1936 o IAPI (dos industriários), que começa a funcionar somente em 1938 e nesse ano o IAPETC (dos trabalhadores em transportes e cargas) (Cohn, 1998).

No que diz respeito ao seu funcionamento constata-se um retrocesso dos IAP's com relação às CAP's: a partir de então a contribuição dos empregadores que era um percentual sobre o faturamento da empresa, passa a ser um percentual sobre a sua folha de pagamento, com o que a receita dos institutos torna-se função dos salários. Esse retrocesso só seria corrigido no texto constitucional de 1988 que estabelece que a contribuição do

empregador incida sobre o faturamento, o lucro e a folha de pagamentos (art. 200, I), recuperando em certa medida o modelo das CAPS's.

Mas, porque a receita dos IAP's é em função dos salários, associada à experiência dos diferentes modelos previdenciários em todo o mundo, sob ameaça constante da insuficiência de recursos diante da velocidade do crescimento da demanda, adota-se o **regime de capitalização**. Concebido para fazer frente à crescente insuficiência da receita, esse regime considerava os recursos dos IAP's recursos de capital, de modo que cada patrimônio deveria expandir-se mediante investimentos criteriosos, quer pela aquisição de propriedades, quer pela participação em empresas estatais ou naquelas em que o Estado fosse o acionista majoritário. Explica-se assim, o até hoje existente patrimônio imobiliário da Previdência Social; mas, sobretudo, fica evidente a drenagem dos seus recursos para financiamento de empreendimentos econômicos estratégicos para a industrialização do País (Cohn, 1998).

Isso significa que essa política de previdência social rapidamente se converteu num mecanismo de captação dos recursos dos trabalhadores – sob a forma de poupança forçada, representada pela alíquota de contribuição – para investimentos cuja orientação escapava ao seu controle.

Quando, ao redor de 1950, o Governo Brasileiro gastava menos de 1% do Produto Nacional Bruto com a função saúde, a maior parte desses dispêndios atendia à execução de ações preventivas, de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Desde então, o subsistema médico-hospitalar a cargo da Previdência Social tem crescido enormemente em relação aos serviços tradicionais de saúde pública. (Mc Greevey et al, 1984).

O que se nota é que, desde essa época, o subsistema de saúde pública cada vez mais teve um papel progressivamente menor em relação ao subsistema “curativo”

previdenciário. No entanto, faz-se necessário analisar esses dados com uma certa cautela, pois as ações básicas de caráter preventivo, normalmente possuem um custo bem menor que os gastos orientados a práticas curativas lastreados em estruturas hospitalares.

Com o ritmo acelerado da industrialização durante a década de 50, todo o sistema previdenciário cresce em volume de recursos, em aparato institucional e em clientela a ser atendida. É de 1960 a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que propõe a uniformização dos benefícios prestados pelos Institutos (aposentadorias e pensões), quando também passa a ser assumida como parte inerente da Previdência Social a responsabilidade pela assistência médica individual a seus beneficiários.

Na década de 60, houve a unificação da previdência social criando-se em 1966 o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

A partir de então se aprofunda o perfil assistencialista da Previdência Social Brasileira, assumindo paulatinamente maior presença pública não mais os benefícios sob forma de prestação em dinheiro, mas a assistência médica. Nesse período, é importante destacar que:

a) Enquanto desde 1917 o seguro de acidentes do trabalho é realizado pelo setor privado, a partir de 1966 ele passa a ser responsabilidade direta da Previdência Social;

b) A partir de meados da década de 60 os gastos dos Estado da área social, aí incluída a Previdência Social, crescem substancialmente;

c) A clientela atendida continua sendo o trabalhador do setor urbano, formalmente inserido no mercado de trabalho.

Em 1963 foi criado o Fundo dos Trabalhadores Rurais (FUNRURAL), nunca implementado. Em 1971 é criado o Programa dos Trabalhadores Rurais (PRORURAL),

destinando-se fundos específicos para a manutenção do FUNRURAL, representando, formalmente, a extensão da Previdência Social aos trabalhadores rurais.

A década de 70 caracterizou-se como um período de grande crescimento econômico para o Brasil. Em 1974, dada a importância política que a Previdência Social assume, sobretudo pelo volume de recursos que arrecada, e por ser um dos primeiros orçamentos da União, é formado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

Em 1977, com a reformulação do Sistema Previdenciário que institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS, o FUNRURAL é extinto. Essa extensão da Previdência Social – até então fundamentalmente urbana – para trabalhadores do setor rural tem como novidade a sua forma de financiamento, que tem como fonte um percentual sobre a primeira comercialização do produto pelo proprietário rural.

A instituição do SINPAS, em 1977, ao separar a parte de benefícios e de assistência médica (aquela passando agora a ser de responsabilidade do antigo INPS, antes responsável por ambas, e esta passando a ser de responsabilidade do recém-criado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS) reconhece de fato a importância que a assistência médica previdenciária assume, como volume de recursos a ela destinado.

O INAMPS é composto por um sistema unificado, coordenado pelo Governo Federal, atuando através de unidades próprias (42 hospitais e 563 postos de assistência médica) ou privadas financiadas pelo Governo. Para atender a crescente demanda criada pelo plano nacional de saúde, o Governo tinha basicamente duas alternativas: construir novas unidades para atender a população ou então lançar mão dos hospitais privados já existentes. A escolha caiu na segunda opção de tal maneira que o mercado cresceu substancialmente no decorrer do tempo.

O SINPAS, composto pelo INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), INAMPS (Instituto Nacional de Assistência da Previdência Social), IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Assistência Social), DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social), LBA (Fundação Legião Brasileira de Assistência), FUNABEM (Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor) e a CEME (Central de Medicamentos) é surpreendido por vir a público, em 1979, por iniciativa da Secretaria de Planejamento – e não do próprio MPAS, - com um enorme déficit financeiro da Previdência Social.

De qualquer forma, num período de aguda crise econômica, vem à tona a fragilidade do suporte financeiro do SINPAS, em razão do seu sistema de financiamento continuar sendo, fundamentalmente, uma questão de massa salarial, tendo que atender ao ritmo acelerado das demandas sociais. Diante desse quadro, as propostas formuladas para se enfrentar o déficit seguem duas ordens de raciocínios bastante claras: ou se aumenta a receita ou se diminui a despesa.

O aumento da receita acabou sendo feito via aumento nas alíquotas de contribuição dos empregados e dos empregadores, neste caso de forma escalonada de acordo com o salário-contribuição, acrescido de outras fontes de recursos como o aumento da alíquota de importação de alguns produtos considerados supérfluos, e a autorização para que o Tesouro emitisse títulos (ORTN's – Obrigações reajustáveis do Tesouro Nacional) no valor do déficit da Previdência Social para com a rede bancária. Além disso, outras medidas foram tomadas, como por exemplo, na década de 70, a criação por parte do Governo do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) e na década de 80, do Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL).

Mesmo assim, todos esses recursos não eram suficientes para suprir os gastos crescentes e aparentemente sem controle que ocorriam na Previdência Social. O

desempenho descoordenado dos órgãos públicos e privados, a má gerência dos primeiros e o descompromisso social de boa parte dos demais vêm contribuindo para a prestação de serviços inadequados, desigualmente distribuídos do ponto de vista social e geográfico. Além disso, há casos de internações desnecessárias, superfaturamento e outras fraudes, para compensar remunerações reduzidas fixadas unilateralmente pelo INAMPS, bem como a sub utilização dos leitos e outras instalações operadas pelo setor público⁹.

A auditoria das contas hospitalares submetidas ao INAMPS para pagamento achou irregularidades em 90% dos casos. Essas irregularidades incluem contas relativas a pacientes inexistentes, diagnósticos falsos, cobrança dupla para a mesma estadia no hospital, admissões hospitalares injustificáveis, faturas de medicamentos não ministrados e cobranças improcedentes para serviços especiais, tais como unidades de tratamento intensivo e salas de cirurgia¹⁰.

Paralelamente a essas transformações vistas no Brasil no final na década de 70, ocorreu, a nível internacional, um grande evento cujos resultados serviram para delinear as políticas de saúde da maioria dos países participantes e cujos reflexos se fazem presentes até hoje: A Conferência de Alma Ata.

2.2 A Conferência de Alma-Ata

No ano de 1978 aconteceu em Genebra, Suíça, a Conferência de Alma-Ata, patrocinada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a United Nations Children's Fund (UNICEF), reunindo diversos países com o objetivo máximo de alcançar Saúde Para Todos no Ano 2000. Num esforço conjunto eles propuseram que “na atenção primária de

saúde era fundamental colocar a assistência sanitária ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade por meios que lhes fossem aceitáveis, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pudessem suportar” (OMS, 1978)¹¹

A partir desse encontro, surgiu um grande impulso mundial para desenvolver diversos serviços de saúde, comprometido com os princípios e as metas aprovadas naquela reunião internacional. Todos os países, inclusive os da América Latina, trabalharam na intenção de preparar material educativo para aplicação em cursos, seminários e programas de educação continuada, orientados à formação e ao treinamento de recursos humanos, que atuariam em atividades de “atenção primária de saúde” e seus componentes.

Entretanto, muitos interpretaram que essa atenção primária seria o nível de assistência básico, simplificado, sem relação com outras organizações de grande importância na assistência médica, como por exemplo, a Seguridade Social. Dentro dessa perspectiva, o hospital não era valorizado como parte do sistema de assistência à saúde. Não se reconhecia que a cultura das comunidades latino-americanas sempre aspirou, seja no hospital ou na atenção prestada por médicos generalista, uma importante base para suas necessidades de saúde. A substituição dessas atividades pelo atendimento seletivo nos centros ou postos de saúde seria possível somente se essas unidades prestassem também e constantemente uma excelência técnica de assistência médica e ambulatorial comparável à recebida naqueles estabelecimentos tradicionais.

Esse enfoque até pode ser válido como alternativa em alguns países, mas não se enquadra nos da América Latina onde o grau intenso de urbanização e as próprias características sócio-culturais colocam o hospital como ponto focal indispensável para a realização de ações globais de saúde nas comunidades.

Os hospitais, na América Latina, representam a principal concentração de recursos de saúde, de tecnologia e de experiência profissional, não existindo

provavelmente nenhum país na Região das Américas, que discorde da exigência primordial de incorporar esses estabelecimentos em modelos globais ou integrais de saúde assim como nas propostas de atenção primária. (Novaes 1990)

Assim, a atenção primária proposta em Alma-Ata deveria ser interpretada como uma filosofia de equidade e uma estratégia para reorientar as atividades dos sistemas de saúde e para a extensão de sua cobertura, através de ações inter e intra-setoriais. Esse interesse de incorporar os hospitais em ações básicas de saúde voltou a ser discutido pela OMS em dezembro de 1985, após mais de 20 anos sem ter sido considerado (OMS, Genebra, 1985a)¹².

Nesse contexto, em 1987, Guerra de Macedo, diretor da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), afirmou que “a reorientação da prestação de serviços de saúde a que os países-membros da OPAS se propuseram durante o quadriênio (1987-1990) inclui, indispensavelmente, uma definição apropriada das funções dos hospitais e de sua relação com os demais componentes dos sistemas de saúde nacionais. Em alguns setores considerava-se que a ênfase na atenção primária, como estratégia fundamental da meta de Saúde Para Todos, excluía os níveis de atenção secundária e terciária. Concluía-se, equivocadamente, que existia um conflito entre as tecnologias simples e as mais complexas e, com freqüência, tecnologia apropriada era confundida com tecnologia simplificada. É indispensável corrigir esse mal entendido. No seu sentido organizacional, os diferentes níveis de complexidade formam a entidade indivisível de um sistema bem equilibrado. A falta de entendimento dessa interação é um fator que, agravado pela crise econômica, resultou num deterioramento extraordinário das condições da rede hospitalar na maioria dos países da América Latina nos últimos anos” (Guerra de Macedo, 1987b) ¹³.

Foi permeado com esse pensamento, de equidade e abrangência dos serviços de saúde, que se desenvolveram as atividades hospitalares nas décadas de 80 e 90 no Brasil, conforme pode ser visto mais adiante.

2.3 A organização sanitária no Brasil nas décadas de 80 e 90

A organização sanitária brasileira, até a década de 80 caracterizou-se pela diversidade de instituições prestadoras de cuidados de saúde e pela profunda dicotomia observada entre as **práticas de promoção e prevenção de saúde e a medicina chamada curativa**, ficando a primeira sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e a última sob cuidados do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Assim, o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais e Estaduais arcavam com os programas educacionais e as atividades de imunização cabendo àquelas ainda a atenção básica, ou primária, (Centros e Postos de Saúde) e o atendimento às emergências (Castelar, 1995). A nível federal, o Ministério da Saúde chamava a si o controle dos processos infecto-parasitários de maior prevalência ou gravidade tais como a Hanseníase, a Malária, a Doença de Chagas, a Esquistossomose, a Leishmaniose e o tratamento dos pacientes com tuberculose, daqueles apresentando doenças mentais, dos acometidos pelo câncer, pelas doenças sexualmente transmissíveis (DST) assim como os Programas de Saúde Materno Infantil.

Competia ao Ministério da Previdenciária e Assistência Social o atendimento de sua clientela específica (segurados da previdência social), no que diz respeito ao atendimento nos níveis secundário e terciário (Postos de Assistência Médica e Hospitais da

Previdência), assim como a atendimento à demanda espontânea. Aos Hospitais Universitários cabia o atendimento às patologias mais complexas, assim como uma parcela das hospitalizações dos pacientes não segurados. Os Hospitais das Forças Armadas sempre se ocuparam do atendimento de seus funcionários e dependentes no que diz respeito aos níveis mais complexos (Castelar, 1995).

A iniciativa privada, diretamente ou através da intermediação do Sistema Previdenciário (médicos credenciados, hospitais ou clínicas contratadas ou conveniadas) sempre desempenhou um importante papel na assistência médica, principalmente na assistência hospitalar, de acordo com um modelo de compra de serviços privados como forma de atingir uma maior cobertura populacional aos serviços de saúde. A iniciativa privada de uma maneira geral atendia ao mesmo perfil da atenção previdenciária (Castelar, 1995).

No início da década de 80, procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial iniciado na segunda metade dos anos 70, em atendimento às proposições formuladas pela OMS na Conferência de Alma-Ata. Naquela mesma época, começa o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, constituído, inicialmente, por uma parcela da intelectualidade universitária e por profissionais da área de saúde. Posteriormente, incorporam-se ao movimento outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares (Neto, 1998).

As proposições desse movimento, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma no setor (Neto, 1998).

Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVI-SAÚDE) – que, na realidade, nunca saiu do papel -, logo seguido pelo Plano do

Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982, a partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983. Essas constituíram uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, considerada como um marco histórico, consagra os princípios preconizados pelo Movimento de Reforma Sanitária.

Em 1987 é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das AIS, que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

O capítulo dedicado à saúde na Nova Constituição Federal, promulgada em 1988, retrata o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo dessas duas décadas, criando o Sistema Único de Saúde e determinando que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (CF Art. 196).

Diz ainda a referida Carta Magna que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: **descentralização**, com direção única em cada esfera de Governo; **atendimento integral** com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e **participação da comunidade**. Para financiar essas atividades, o SUS contará com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal, além de outras fontes (CF Art. 198).

Entretanto, mesmo com esses recursos, Castelar (1995) aponta um conjunto de fatores que provocam estrangulamentos no SUS:

a) A reorientação do Sistema vem se constituindo num espaço de lutas políticas, de acumulação e de perda de poder político, técnico e administrativo;

b) A dificuldade da União, Estados e Municípios adequarem-se aos papéis previstos constitucionalmente, ao mesmo tempo em que se colocam aspectos a serem revistos do ponto de vista de suas atribuições;

c) A contradição entre uma “pretendida” cobertura assistencial universal e a forma de financiamento;

d) A debilidade da rede básica frente à necessidade de estimular a quebra do hospitalocentrismo do nosso sistema de saúde;

e) A diversidade regional quanto ao financiamento e magnitude da rede de serviços, gerando desequilíbrio na oferta de serviços e uma piora na qualidade;

f) O despreparo gerencial nos diferentes níveis de poder, assim como a inexistência de instrumentos gerenciais compatíveis com as metas gerais do Sistema;

g) A carência quantitativa de recursos humanos e de sua qualificação, frente a processos seletivos nem sempre adequados e à inexistência de programas sistemáticos de educação continuada;

h) A desmotivação dos vários atores do sistema (problemas salariais, de carreira, etc.).

Esse estudo reconhece a importância singular de cada um desses pontos que geram deficiência no sistema, entretanto, irá se focar as atenções em dois considerados de grande relevância: **A contradição entre uma “pretendida” cobertura assistencial universal e a forma de financiamento; e a diversidade regional quanto ao**

financiamento e magnitude da rede de serviços, gerando desequilíbrio na oferta de serviços e uma piora na qualidade.

A dificuldade existente para o financiamento das atividades normais de um hospital público, bem como para o investimento de novos serviços parece ser um dos grandes entraves que contribuem para a péssima imagem que normalmente passam esses hospitais para a sociedade.

Os fatores que contribuem para isso vão desde os elevados índices de sonegação até a desproporcionalidade entre o que o governo arrecada e destina para a Saúde e os crescentes gastos necessários para manter o sistema.

É claro que a resolução do problema do financiamento isoladamente não constitui a solução definitiva para esse complexo sistema, mas contribui de forma significativa para a busca de uma melhora. O próximo capítulo tratará do aprofundamento desse tema.

2.4 O financiamento da assistência médico-hospitalar

A área financeira normalmente tem um convívio muito difícil com a área da saúde. Tradicionalmente, os profissionais da saúde concentram seus esforços sob a máxima de que a saúde não tem preço e uma vida salva justifica qualquer esforço. Por outro lado, não há como negar que nem sempre existem recursos financeiros suficientes para viabilizar todas as formas possíveis de tratamento para essa ou aquela enfermidade. Dessa relação, **saúde x distribuição de recursos**, surgem algumas questões bastante controversas.

Segundo Piola (1995), uma dessas questões diz respeito ao direito à saúde.

“Muitos países ocidentais incluem em suas constituições a saúde como um direito do cidadão. A falta de consenso inicia-se pela expectativa de se alcançar a saúde, sem a participação efetiva do indivíduo, de seus hábitos e modo e vida, como se a saúde fosse um bem disponível, independentemente das conseqüências individuais”.

Sabe-se que os recursos orçamentários disponíveis pelo Estado são limitados, e a discussão chega ao nível das prioridades das aplicações desses recursos.

Tomar-se-á como base um exemplo: que percentual de recursos o Estado deve destinar para o combate ao Câncer, ou a AIDS ou a uma outra enfermidade qualquer? Será que esses programas trarão benefícios para a população em geral? Ou será mais viável destinar essa verba para programas de assistência primária à saúde que beneficiariam a maioria da população carente? A busca por uma solução, muitas vezes, ignora a forma de como essa provisão de serviços será financiada.

Piola (1995), afirma que, tradicionalmente, as formas de financiamento dos gastos sociais são derivação da fusão de idéias econômicas com políticas fiscais implementadas em cada governo. As finanças públicas, expressas nas práticas tributárias e na elaboração do orçamento, podem ser sintetizadas no uso de instrumentos fiscais para:

- a) Assegurar ajustamentos na alocação de recursos;
- b) Conseguir ajustamentos na distribuição da renda, da riqueza ou dos seus efeitos indiretos, como é o caso do acesso às políticas sociais;
- c) Garantir a estabilização econômica.

Entretanto, muitas vezes esses três objetivos são incompatíveis, de acordo com o modelo teórico que se encontra por trás da elaboração do orçamento. Os diversos usos dos instrumentos fiscais dependem, do ponto de vista da receita, de aumentos, reduções ou rearranjos da carga tributária. As despesas dependem, basicamente, do conhecimento das

prioridades sociais, da vontade política do governo em atendê-las, da capacidade de arrecadação de impostos e da diversidade das bases fiscais da nação.

Ao elaborar um orçamento, os poderes Executivo e Legislativo deverão estar conscientes da relevância das prioridades definidas, refletidas na disposição social de financiá-las com impostos e contribuições sociais. Quando não há transparência sobre as prioridades contidas no orçamento, ou quando essas prioridades não refletem o interesse da nação, haverá sempre a possibilidade de aumentar o grau de sonegação desses impostos, mesmo quando o governo for detentor de uma boa máquina de fiscalização e arrecadação.

A vontade política do governo de atender a prioridades definidas socialmente também é importante na definição do grau de arrecadação fiscal. Se o governo não expressa vontade política, tende a perder credibilidade pública e, com isso, o potencial de arrecadação tende a cair e a sonegação irá aumentar.

Outro fator limitante é a capacidade de arrecadação. Existe um limite, em termos de proporcionalidade de renda, além do qual a sociedade não aceita pagar impostos. Esse limite, no entanto, varia de país para país, em função de aspectos culturais, da credibilidade da máquina pública, do retorno social dos recursos arrecadados pelo Estado, dentre outros.

Tome-se como exemplo o caso brasileiro: No dia 23 de janeiro de 1997 o governo criou mais uma contribuição para subsidiar os gastos com a assistência médico-hospitalar: A Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Os destinos desses recursos arrecadados até hoje são duvidosos para todo o país, e isso gera uma situação de desconforto e desconfiança para toda a nação.

Piola (1995), levanta outra questão polêmica, quando pergunta se os serviços de saúde devem ser providos pelo setor público ou pela iniciativa privada. E vai mais além

ao argüir em que nível de atuação poderá entrar a iniciativa privada nos domínios tradicionais do Governo na área da saúde.

Há a corrente dos que defendem a provisão de serviços pelo Estado, com um Sistema de Saúde nacionalizado, a exemplo do que ocorre no Reino Unido desde a década de 40. Por outro lado, há os que defendem a livre competição entre prestadores e fornecedores de bens e serviços de saúde, conferindo às forças do mercado o poder de controlar as relações entre os agentes envolvidos.

Entre essas duas posições antagônicas, existem outras aproximações e correntes que geram como resultado múltiplas formas de combinação de recursos públicos e privados que estão sendo testadas e implementadas em grande escala.

As transformações ocorridas no Leste Europeu, e a volta à economia de mercado como estratégia político-social enfraquecem o sistema de saúde nacionalizado. Verifica-se que, até os países com larga tradição estatal estão revendo (e diminuindo) suas atuações tendo em vista a escassez de recursos existentes.

Ao mesmo tempo, percebe-se o desinteresse geral pela preservação e até pelo aperfeiçoamento dos serviços de saúde governamentais existentes. Como resultado nota-se a relativa ausência de propostas para o setor público de saúde e o crescente número de adeptos da privatização dos serviços da saúde, muitas vezes desatentos à natureza do processo proposto.

Um grande número de países não suporta mais financiar um sistema público de saúde que, em grande parte, apresenta produtividades e desempenhos baixos. Daí surge a necessidade de que determinados segmentos da população pressionem por alternativas mais adequadas aos tradicionais serviços oferecidos, conduzindo a uma séria busca pela “combinação ideal” de recursos públicos e privados.

Instituições públicas, que tradicionalmente ofereciam serviços gratuitos, criaram mecanismos de cobrança nas suas áreas físicas, que foram especialmente formuladas para pacientes privados. Pagar pelo serviço recebido, mesmo que apenas em parte, tem o efeito de diminuir a utilização que, deixada totalmente gratuita, parece estimular o consumo desnecessário de serviços. Assim, surgem as “taxas moderadoras”, que nada mais são do que mecanismos criados para conter a demanda por recursos escassos. A maioria dos países europeus, tradicionalmente com sistemas públicos de saúde, cobra taxas por serviços prestados pelos hospitais governamentais. (Piola, 1995).

Entre os vários mecanismos inovadores encontrados nos serviços públicos de saúde, temos os seguintes: administração privada de hospitais públicos; associações entre hospitais públicos e fundações, com o objetivo de fugir da burocracia estatal; privatização de alguns setores específicos, como por exemplo, o laboratório clínico e o serviço de imagem; e co-gestão de hospitais privados pelo poder público.

A título de exemplificação, temos o Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (INCOR - HCFMUSP), que desde 1980 atende pacientes com convênio de assistência médica para internação e consultas médicas. O Seguro Saúde Clube Sul América foi o primeiro a firmar contrato com o Hospital. No entanto, nos dias de hoje, devido a crescente necessidade de captação de recursos para o financiamento de suas atividades, fizeram com que o INCOR ampliasse o número de atendimentos médicos a pacientes conveniados. Novos contratos foram firmados, seja de seguro saúde, cooperativa, medicina de grupo ou convênio empresa por auto-gestão. Atualmente o INCOR vem atendendo aproximadamente 120 planos de assistência médica privada, que ocupam 15% dos leitos e garantem 44% de seu orçamento, conforme dados de 1994 ¹⁴, possibilitando o aporte de recursos financeiros extra-

hospitalares, complementando verbas orçamentárias de forma a cobrir os custos com o atendimento da rede pública.

Não se pretender com esse exemplo fazer uma apologia sobre o uso dessa prática como sendo a solução para todos os males que pairam sobre a assistência médico-hospitalar no setor público do país. Entretanto, não se pode negar que, quando bem aplicados, seus resultados podem ser eficazes para o fim a que se propõe: conseguir um aporte de recursos para o financiamento dessas instituições.

Entretanto, mais do que nunca, com a adoção de tais medidas se faz necessário o papel presente do Estado com a função de regulamentar a oferta e as demandas desses serviços. Devem ser analisados os papéis influenciadores que exercem os interesses comerciais, sejam de fabricantes de equipamentos, sejam as diferentes formas de apresentação de planos e seguros-saúde e o papel dos médicos e diversos tipos de prestadores na decisão de consumo de serviços pelos pacientes, para que o consumidor final dos serviços de saúde (a própria sociedade) não fique lesado nos seus anseios de busca por um melhor sistema de saúde.

2.5 Financiamento dos Hospitais Universitários: situação atual

Os Hospitais Universitários são hospitais-escola que pertencem a Universidades e que, portanto, recebem dessas tanto o apoio financeiro quanto de recursos humanos para manterem suas atividades.

Uma característica peculiar a esses hospitais é que eles possuem um corpo técnico especializado, formado por professores e pesquisadores na área da saúde e que, para exercerem a contento suas atividades, necessitam de equipamentos de alto nível e também de instalações adequadas.

Atualmente existe uma destinação muito clara para os recursos que financiam os Hospitais Universitários. Parte dele provém de repasse de verbas destinadas pelas Universidades a que esses estão ligados e a outra parte provém do SUS. Entretanto, vale ressaltar que, tanto a pasta da saúde como a da educação têm passando por sucessivos cortes orçamentários por parte do governo ao longo desses anos.

Para se ter uma idéia, os cortes nos ministérios da área social somaram 40,51% do ajuste total de R\$ 8,671 bilhões definidos pelo governo para o Orçamento de 1999. Somados, os ministérios da Saúde, Educação, Planejamento, Previdência Social, Política Fundiária e Trabalho perderam R\$ 3,51 bilhões em projetos e atividades¹⁵. Essa situação não ficou muito diferente no ano de 2000 e no ano de 2001.

Como consequência, o que poderia ser um grande benefício para os HU's passa a não ter muito significado e o que se percebe é uma queda de qualidade no padrão de atendimento desses hospitais.

Neves (1999) acusa um quadro, em que se pode perceber a situação crítica dos HU's, e se destacam os seguintes aspectos:

- a) Em alguns casos, teto financeiro incompatível com a demanda;
- b) Um alto grau de comprometimento da receita desses hospitais com o pagamento de pessoal contratado com recursos provenientes dos serviços prestados pelo SUS;
- c) Inexistência de um programa que contemple a manutenção das atividades de ensino e pesquisa dos Hospitais Universitários.

Explicando melhor esses itens, temos hoje o seguinte cenário no Brasil: cada procedimento médico feito nesses hospitais é remunerado pelo SUS através de uma tabela (tabela SUS) que infelizmente não sofre reajuste nos seus valores há mais de cinco anos. Por outro lado, o Ministério da Saúde limita os números de internações e de atendimentos que os HU's podem realizar – é o chamado teto financeiro. Caso esse teto seja ultrapassado, os hospitais não receberão a mais por isso. Além disso, devido à falta de concursos públicos para preenchimento de vagas nas Universidades Federais, esses hospitais contratam mão de obra para suprir as necessidades existentes. Conclui-se assim que, parte dos recursos já escasso, é utilizado para o pagamento desses salários e outras despesas de custeio, sobrando muito pouco para investir no ensino e pesquisa.

No início do segundo semestre de 2000, foi realizada uma pesquisa entre os HU's que estão vinculados a Universidades Federais. Contatou-se com 28 hospitais distribuídos pelas regiões Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sul e Sudeste, tendo-se um índice de resposta a esses questionários de 75 %. A região que apresentou nenhuma resposta foi a Região Norte, muito embora diversos contatos tenham sido feitos, tanto por fax, como por e-mail e também por telefone.

Analisando as respostas que foram enviadas, verificou-se que os recursos recebidos por esses hospitais atenderam em média a 80% das suas necessidades de financiamento, no ano de 1999. Esse cenário pode ser dividido por regiões de acordo com o seguinte quadro:

Quadro 2.1 Satisfação das necessidades financeiras dos HU' por Região – Ano: 2000

Região	Quantidade de HU's contatados	Hospitais que responderam a pesquisa	Satisfação das necessidades financeiras
Sul	6	5 (83 %)	97,50%
Centro Oeste	4	4 (100%)	84,50 %
Sudeste	8	5 (62 %)	74,60 %
Nordeste	8	7 (87 %)	73,57%
Norte	2	0 (0%)	-
Total	28	21 (75 %)	82,54 %

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

Além disso, observaram-se, como sugestões propostas pelos próprios diretores dos HU's para incrementar suas receitas, as seguintes fontes alternativas (em ordem de prioridade):

a) Áreas de implantação de convênios com o setor privado: 75%

Áreas de implantação: internação (65%), serviço de imagem (60%), laboratório de análises (60%), laboratório de patologia (45%) e ambulatório (40%).

b) Absorção da folha de pagamento de pessoal terceirizado pelo (MEC): 25%;

c) Reajuste dos valores da tabela do SUS: 20%;

d) Aumento do repasse de receitas pelo MEC: 10%;

e) Aumento do teto financeiro: 10%.

A implantação de convênios com o setor privado de saúde foi a resposta que obteve o maior índice de aceitação, contando apenas com três hospitais que a consideraram inviável (embora o motivo não tenha sido explicitado). Vale ressaltar que desses três hospitais, dois não se encontram em equilíbrio financeiro e um não informou qual era sua situação econômica. As soluções apontadas pelos mesmos para suprir as deficiências financeiras foram: a absorção da folha de pagamento pelo MEC (100%), o reajuste dos valores da tabela do SUS (67%) e o recebimento por todos os procedimentos (67%).

Alguns hospitais já partiram para a experiência da implantação de convênios tanto com a rede pública (50%), na forma de associações com secretarias de saúde municipais, estaduais ou com o próprio Ministério da Saúde; como também com a rede privada (14%). Entretanto a participação dessas receitas no montante total ainda é pequena. Em média, aquelas oriundas dos convênios públicos entram com 5% da receita total e as relacionadas com a rede privada totalizam 1,5%. Como nem todos os respondentes dos questionários eram os responsáveis pela tomada de decisões nos HU's (diretores gerais ou diretores superintendentes), não foi possível detectar se há uma correlação entre as

diferenças existentes entre as características demográficas encontradas (natureza de sua profissão, do cargo e do tempo que possuem em gerência hospitalar) e a forma de administrar, no tocante à adoção de políticas de financiamento alternativo para custear suas atividades. Entretanto, alguns comentários puderam ser levantados e o resumo das informações pode ser observado nos quadros a seguir.

Quadro 2.2 Resumo das características demográficas dos respondentes da Região Sul no ano 2000

Estado/Cidade	Instituição	Profissão	Cargo	Tempo de experiência	Cobertura das despesas	Financiamento alternativo	Qual
Paraná	HC/UFPR	Médico	Diretor Geral	15 anos	-	Sim	Convênio com entidades públicas e particulares
Santa Catarina	HC/UFSC	Médico	Diretor Geral	15 anos	-	Não	-
Rio Grande do Sul - Porto Alegre	HC/UFGRS	Administrador	Vice Presidente Administrativo	22 anos	100%	Sim	Convênio com entidades públicas e particulares
Rio Grande do Sul – Pelotas	HC/UFPEL	Administrador	Diretor Executivo	17 anos	93%	Não	-
Rio Grande do Sul - Santa Maria	HC/UFMS	Administrador	Diretor Administrativo	05 anos	99,7%	Não	-

Fonte: pesquisa realizada pela autora

Quadro 2.3 Resumo das características demográficas dos respondentes da Região Centro-Oeste no ano 2000

Estado	Instituição	Profissão	Cargo	Tempo de experiência	Cobertura das despesas	Financiamento alternativo	Qual
Brasília	HC/UNB	Médico	Diretor	02 anos	70%	Não	-
Goiás	HC/UFG	Médico	Diretor Geral	12 anos	68%	Sim	Convênio com entidades públicas
Mato Grosso	HC/UFMT	Contador	Diretor Administrativo	12 anos	100%	Sim	Convênio com entidades públicas
Mato Grosso do Sul	HC/UFMS	Assistente Administrativo	Chefe Divisão Administrativa	16 meses	100%	Não	-

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

Quadro 2.4 Resumo das características demográficas dos respondentes da Região Sudeste no ano 2000

Estado	Instituição	Profissão	Cargo	Tempo de experiência	Cobertura das despesas	Financiamento alternativo	Qual
Minas Gerais	HC/UFGM	Assistente Administrativo	Assessor de Planejamento	7 anos	80%	Sim	Convênio com entidades públicas
Minas Gerais - Juiz de Fora	HC/UFJF	Economista	Diretora Administrativa	06 anos	65%	Sim	Convênio com entidades públicas
Minas Gerais – Uberlândia	HC/UFU	Médico	Diretor Administrativo	16 anos	90%	Sim	Convênio com entidades públicas
São Paulo	HC/UNIFESP	Médico	Diretor Superintendente	08 anos	88%	Sim	Convênio com entidades públicas e particulares
Rio de Janeiro	HC/UFRJ	Enfermeira	Diretora	6 meses	50%	Não	-

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

Quadro 2.5 Resumo das características demográficas dos respondentes da Região Nordeste no ano 2000

Estado	Instituição	Profissão	Cargo	Tempo de experiência	Cobertura das despesas	Financiamento alternativo	Qual
Sergipe	HC/UFS	Médico	Diretor Geral	06 anos	60%	Não	-
Maranhão	HC/UFMA	-	-	-	85%	Sim	Convênio com entidades públicas
Bahia	HC/UFBA	Médico	Diretor	08 anos	80%	Sim	Convênio com entidades públicas
Ceará	HC/UFC	Administrador	Diretor Administrativo	15 anos	80%	Sim	Convênio com entidades públicas
Rio Grande do Norte	HC/UFRN	Médico	Diretor Geral	06 anos	60%	Não	-
Paraíba	HC/UFPB	Médico	Diretor Superintendente	18 anos	80%	Não	-
Pernambuco	HC/UFPE	Economista	Diretor de Controladoria	09 meses	70%	Não	-

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

Os Hospitais Universitários que pertencem à Região Sul possuem os maiores índices de cobertura financeira para a satisfação de suas necessidades. Verificou-se também que dois hospitais procuraram consolidar uma aliança com a rede particular de saúde como forma de gerar recursos suplementares.

No Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, por exemplo, o montante gerado por essas receitas equivale a 2% de todo o seu faturamento.

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul foi, dentre todos os hospitais pesquisados, aquele que apresentou melhor desempenho quanto ao aproveitamento dos recursos alternativos oriundos de convênios com a rede particular. Ele disponibilizou cerca de 10% dos seus leitos para a iniciativa privada e consegue com isto obter um percentual de recursos suplementares que representam aproximadamente 20% de todo o seu faturamento.

Esse hospital possui uma estrutura administrativa e de recursos humanos um pouco diferente da maioria dos hospitais pesquisados e todo o seu sistema de liderança “está organizado em torno da Missão, Visão, Valores e Políticas Institucionais¹⁶”. No Relatório de Atividades do Ano de 2000, apresentado pelo hospital, encontram-se informações sobre a forma como foi trabalhada a implementação de uma mudança organizacional, com a constituição de propósitos competitivos frente ao mercado nacional e internacional quanto à assistência, à pesquisa e ao ensino. Provavelmente essas características dão a administração do hospital maior agilidade às mudanças e implementos necessários ao bom andamento das atividades.

Os hospitais da Região Centro Oeste figuram na segunda colocação de cobertura financeira de suas despesas. Todos os hospitais se mostraram favoráveis à adoção de convênios com a rede particular de saúde, entretanto apenas dois deles já empregam essa alternativa. As receitas oriundas dessa fonte giram em torno de 4% do total

de todas as receitas recebidas por esses hospitais e o grau de cobertura das despesas alcançado por eles foi de 100% e 68% respectivamente.

Os hospitais pertencentes à Região Sudeste foram os que apresentaram o terceiro maior grau de satisfação financeira (74,60%). Apenas um hospital ainda não adotou medidas de política alternativa de financiamento para suas atividades. Os demais, cada um à sua maneira, procuraram implementar essa mudança, tendo essa receita alternativa alcançado um nível de participação na ordem de 2,0% do total. O hospital que obteve maior índice de receitas oriundas de convênios privados (5,0%), obteve um grau de cobertura das despesas na ordem de 80%, ou seja, praticamente igual à média alcançada pela região.

Por fim, observa-se a Região Nordeste que, de acordo com os dados evidenciados, apresentou o menor índice de satisfação de necessidades financeiras (73,57%). Dos sete hospitais respondentes, dois se mostraram contra a adoção de convênios com a rede privada, tendo cada um deles alcançado o grau de cobertura de suas despesas na ordem de 80% e 60%. Os demais se mostraram a favor dessa medida, entretanto, apenas três, de fato, procuraram implementá-la.

Foi também observado que cerca de 75% dos HU's que participaram dessa pesquisa confirmaram possuir um sistema de custos estruturado que permitiria evidenciar um eventual desequilíbrio entre as diversas unidades e 85% consideram que o controle dos custos é de fundamental importância para o bom desempenho do hospital. Entretanto não foi observada uma metodologia comum de análise de custos nos hospitais respondentes.

Como se pode perceber, por tudo que foi exposto, há de fato um quadro preocupante no tocante à situação financeira dos Hospitais Universitários brasileiros. Dentro desse contexto, situa-se o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE).

2.6 O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco

O HC/UFPE é uma Instituição vinculada ao MEC, com função básica de apoiar o ensino de graduação e pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde – CCS da UFPE, atuando como hospital - escola e centro de pesquisa científica em todas as áreas da medicina, orientando operacionalmente para três focos básicos, a saber: ensino, pesquisa e extensão voltada à assistência à população; desempenhando importante papel como Hospital Referencial da Região. No âmbito da assistência, o Hospital integra o Sistema Único de Saúde - SUS do Estado de Pernambuco, prestando serviços médico - hospitalares à população tanto do Estado de Pernambuco como de toda a Região Nordeste, desde o atendimento ambulatorial, até o atendimento de serviços médicos de maior especialização.

O Hospital conta com uma instalação física dotada de Unidade de Internação com 387 leitos. Dispõe ainda de uma Unidade Ambulatorial com 147 consultórios; um Serviço de Pronto Atendimento – SPA com 12 consultórios; um Centro Cirúrgico com 14 salas, um Centro Obstétrico e uma Unidade de Tratamento Intensivo com 12 leitos, dos quais 8 para internamentos de pacientes adultos e 4 para crianças.

O Orçamento do Hospital das Clínicas da UFPE foi distribuído nos quatro últimos anos de acordo com o quadro a seguir:

**Quadro 2.6 Distribuição das receitas produzidas e recebidas
HC/UFPE – 1997 a 2000**

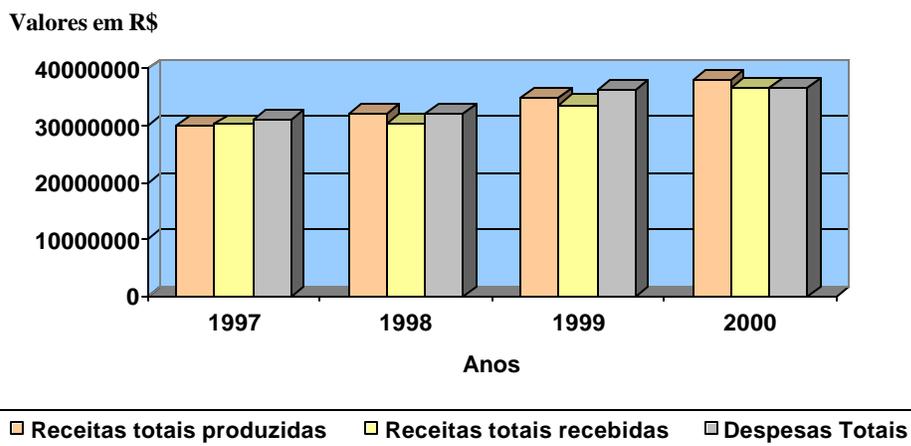
Ano	Receita Produzida (Em R\$)	Receita Recebida (Em R\$)
1997	9.885.525	9.917.378
1998	11.616.389	9.894.026
1999	12.664.936	11.547.240
2000	16.828.591	15.431.905
Total	50.995.441	46.790.549

Fonte: Coordenadoria de Orçamento e Finanças HC/UFPE

Obs.: Foram dispensados os centavos.

Percebe-se que, durante os anos de 1997 a 2000, o HC/UFPE aumentou o seu faturamento na ordem de 70% (receita produzida). Entretanto como o teto financeiro autorizado pelo governo foi menor do que a receita produzida, nem todo o valor do incremento foi, de fato, recebido no mesmo período. Ou seja, o hospital aumentou o número de consultas e internações devido ao aumento da demanda, e deveria receber a mais por isso. Entretanto, na prática isso não ocorreu na mesma proporção. Quem paga a conta do prejuízo é a própria instituição na forma de serviços precários e superlotação de leitos de algumas especialidades, sem o devido retorno financeiro.

Gráfico 2.1 Acompanhamento das receitas e despesas do HC/UFPE, - 1997 a 2000



Fonte: Coordenadoria de Orçamento e Finanças – HC/UFPE

Verifica-se pelo gráfico acima que, durante os anos de 1997 a 2000, mesmo se o governo repassasse toda a receita produzida pelo HC/UFPE, a mesma não seria suficiente para cobrir as despesas. No ano de 1999, por exemplo, calculando-se a receita total produzida e confrontando com as despesas totais encontrou-se um déficit na ordem de aproximadamente R\$ 1.500,000, 00. Se for considerado que o montante recebido foi menor que o produzido, tem-se uma dívida real no valor aproximado de R\$2.500.000,00.

No ano de 2000, o HC/UFPE contou com o apoio de uma equipe de controladoria que teve como meta de trabalho reduzir o déficit financeiro. A situação parece ter melhorado bastante, pois as despesas se aproximaram das receitas. Esse desempenho foi conseguido devido ao esforço conjunto dessa equipe em implantar um sistema administrativo que visasse à otimização das compras de materiais, à estruturação de um almoxarifado mais eficiente, à conscientização coletiva da necessidade urgente de redução de custos em todo o hospital, dentre outras atitudes. Entretanto, para a meta ser atingida, alguns pagamentos foram suspensos, como, por exemplo, um *leasing* para aquisição de materiais para o setor de imagem. Os quadros e gráficos apresentados a seguir evidenciam essa situação e indicam a necessidade urgente de se pensar em fontes de recursos alternativas para reverter a situação.

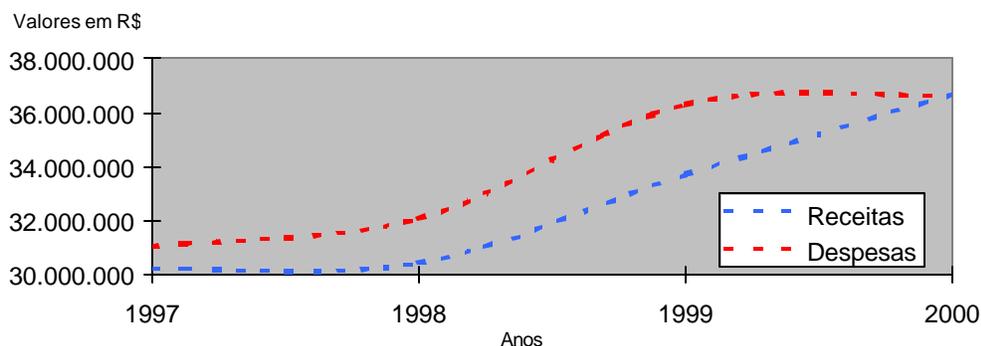
**Quadro 2.7 Discriminação das receitas e despesas MEC/SUS
HC/UFPE – 1997 a 2000**

Ano	Receita (R\$)			Despesa (R\$)		
	MEC	SUS	<i>Total</i>	MEC	SUS	<i>Total</i>
1997	20.289.097	9.917.378	30.206.475	20.289.097	10.739.443	31.028.540
1998	20.529.730	9.894.026	30.423.756	20.529.730	11.552.861	32.082.591
1999	22.160.660	11.547.240	33.707.900	22.160.660	14.139.597	36.300.257
2000	21.243.623	15.431.905	36.675.528	21.243.623	15.405.552	36.649.175
Média	21.055.778	11.697.637	32.753.415	21.055.778	12.959.363	34.015.141

Fonte: Coordenadoria de Orçamento e Finanças do HC/UFPE

Obs.: Foram dispensados os centavos.

**Gráfico 2.2 Evolução das receitas e despesas MEC/SUS
HC/UFPE, 1997 a 2000**



Fonte: Coordenadoria de Orçamento e Finanças do HC/UFPE

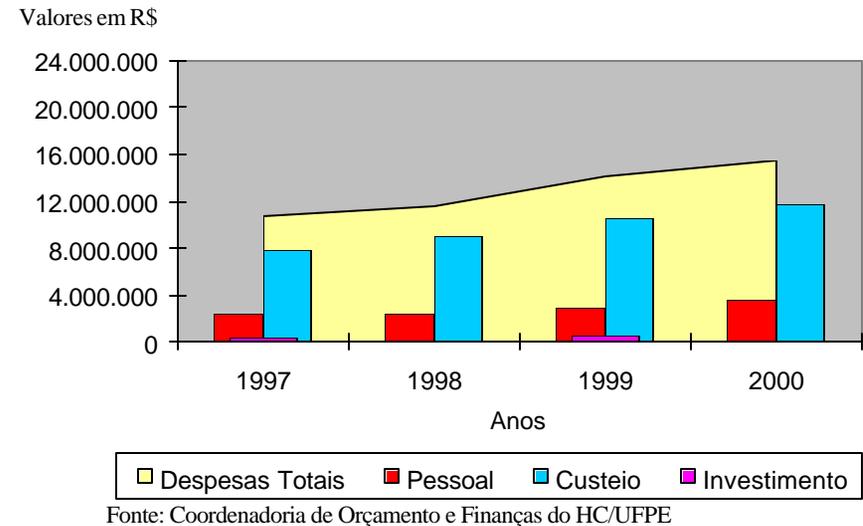
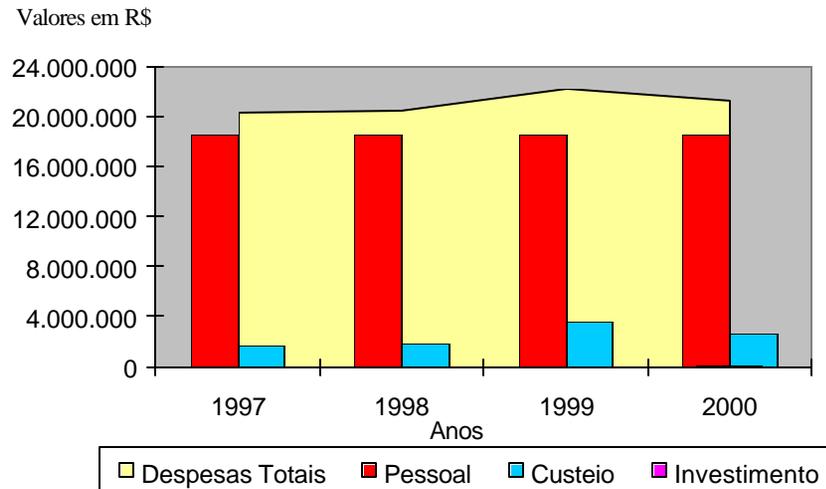
Quadro 2.8 Discriminação das despesas MEC/SUS no HC/UFPE, nos anos de 1997 a 2000

Ano/ Discriminação	1997 (Em R\$)		1998 (Em R\$)		1999 (Em R\$)		2000 (Em R\$)	
	MEC	SUS	MEC	SUS	MEC	SUS	MEC	SUS
Pessoal	18.605.520	2.499.975	18.605.520	2.391.691	18.605.520	2.965.839	18.605.520	3.606.225
Custeio	1.680.394	7.785.294	1.924.210	9.049.467	3.555.140	10.615.649	2.564.445	11.737.184
Investimento	3.183	454.174	0,00	111.703	0,00	558.109	73.658	62.143
Total	20.289.097	10.739.443	20.529.730	11.552.861	22.160.660	14.139.597	21.243.623	15.405.552

Fonte: Coordenadoria de Orçamento e Finanças do HC/UFPE

Obs.: Foram dispensados os centavos

Gráfico 2.3 Evolução das despesas MEC nos anos de 1997 a 2000 **Gráfico 2.4 Evolução das despesas SUS nos anos de 1997 a 2000**



Percebe-se que, no período de 1997 a 2000, os gastos com folha de pagamento custeados pelo MEC mantiveram-se constantes, muito embora, pelo aumento natural da demanda, fosse necessário realizar contratações de pessoal terceirizado para viabilizar a operacionalização do hospital. Essas contratações são pagas com recursos oriundos do convênio SUS e representam em torno de 20% dessa receita, o que diminui ainda mais a flexibilidade financeira da instituição. Como forma de promover uma melhora do quadro funcional do HC/UFPE, em novembro de 1997, a direção do hospital implementou um novo modelo conceitual e operacional de gestão. Foi desenvolvido o Programa de Renovação Organizacional PRO–HC/UFPE cujo princípio básico era capacitar cada vez mais as chefias dos diversos serviços hospitalares para a consecução dos seus objetivos de ensino, pesquisa e extensão na área da saúde. Esse programa tinha como finalidade levar o hospital a aumentar sua capacidade de produção através da introdução de práticas administrativas mais simples, flexíveis, descentralizadas e informatizadas, além de ampliar sua área de atuação através do uso de novos instrumentos técnicos como a telemedicina, o ensino à distância, a internet e intranet, dentre outros. Entretanto, por motivos de ordem financeira e administrativa, o PRO-HC/UFPE não pôde ser implementado a contento e em meados de 1999 foi finalizado o contrato com a empresa privada de consultoria responsável por sua implementação.

Ainda em 1997, o Hospital das Clínicas participou, num esforço conjunto, com outros HU's, de um programa desenvolvido pelo MEC para o recebimento de diversos equipamentos hospitalares. O primeiro lote de equipamentos era composto de 507 itens para laboratórios de pesquisa e material multidisciplinar importados a um custo de US\$ 3,4 milhões. São centrífugas, capelas de fluxo laminar, câmaras de esterilização por raios ultravioleta, microdestiladores e máquinas para lavar vidrarias, entre outros equipamentos, que desembarcaram no Brasil e deveriam ser distribuídos para 28 hospitais universitários e

44 IFES durante o ano de 2000. O segundo lote, também já desembarcado no Brasil, depende apenas de liberação da documentação para ser distribuído às instituições. São mais 357 itens, adquiridos a um custo de US\$ 4,3 milhões. Desse grupo de equipamentos, já foram contratados outros 1.305 itens, no valor de US\$ 6,8 milhões que estão em diferentes fases do processo de importação e deveriam chegar às universidades até o final do ano de 2001.

O cronograma de distribuição dos equipamentos prevê a entrega por lotes à medida que os processos de importação forem sendo concluídos, e deve prosseguir durante todo o ano 2001, até a conclusão da compra e entrega dos 58.279 itens previstos no programa¹⁷. **Entretanto, até a conclusão dessa pesquisa, não havia chegado nenhum desses itens ao HC/UFPE¹⁸.**

Torna-se claro que esses equipamentos trarão para o hospital muitos benefícios que se reverterão em forma de melhoria nos procedimentos médico-hospitalares para atendimento à população. Porém, para que possam ser bem utilizados, o hospital terá que despende custos extras, tais como aquisição de novos materiais e treinamento de mão de obra específica para realização de procedimentos adicionais que não substituem totalmente os menos sofisticados. Isso implicará na realização de mais despesas, que não podem ser suportadas pelo atual quadro financeiro da instituição.

3

Metodologia da pesquisa

Essa pesquisa procurou verificar o grau de viabilidade financeira da abertura de convênios pelo HC/UFPE com a rede privada e/ou pública de saúde, sem ser o SUS, no sentido de observar até que ponto ela poderia gerar uma receita suplementar que possa cobrir o atual déficit existente, bem como avaliar o grau de aceitação pela comunidade universitária e a população circunvizinha ao Hospital das Clínicas a essa mudança.

3.1 Delineamento da pesquisa e método

Essa pesquisa buscou verificar o grau de viabilidade da abertura de convênios pelo HC/UFPE com a rede privada e ou pública de saúde, sem ser o SUS. Além disso, procurou avaliar o grau de aceitação pela comunidade universitária e pela população circunvizinha ao Hospital a essa mudança, através da realização de três etapas no decorrer do ano de 2001, a saber:

3.1.1 Etapa 1: Estudo exploratório sobre a situação dos HU's no Brasil

Segundo Trivinos (1995), o estudo exploratório permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema. O pesquisador parte de uma hipótese e aprofunda seu estudo nos limites de uma realidade específica, buscando antecedentes, maiores conhecimentos para, em seguida, planejar uma pesquisa descritiva ou experimental.

No início do segundo semestre do ano de 2000 foi realizado um estudo exploratório que consistiu no envio de um questionário estruturado por fax e por e-mail para todas as Universidades Federais listadas no site do MEC, para saber quais delas possuíam Hospital Universitário e qual era situação financeira desses hospitais, visando enquadrar o HC/UFPE dentro dessa realidade. A partir dessa pesquisa, chegou-se a algumas conclusões já evidenciadas no capítulo dois desta dissertação.

3.1.2 Etapa 2: Pesquisa de levantamento sobre a aceitação da comunidade frente às mudanças sugeridas

Na pesquisa social, freqüentemente deseja-se estar apto a responder questões acerca das relações entre características de pessoas ou grupos da maneira como ocorrem em situações naturais. A pesquisa de levantamento é a estratégia de pesquisa destinada a estudar tais fenômenos (Selltiz, Wrightsman e Cook, 1987).

A segunda etapa desse trabalho correspondeu a uma pesquisa de levantamento feita através da aplicação de questionários estruturados para colher opiniões dos seguintes segmentos:

a) comunidade universitária (professores, alunos e técnicos administrativos) no tocante a aceitação dessas mudanças;

b) população residente próximo ao Hospital das Clínicas da UFPE

Procurou-se pesquisar a comunidade universitária da UFPE, pois se acreditou que, pela proximidade dela com o objeto em estudo, resumia as melhores características para a emissão de uma opinião a respeito. Além disso, a universidade intermedeia um seguro de saúde em grupo para os seus funcionários, o que seria um atrativo a mais para o uso dos serviços do HC/UFPE.

Optou-se também por escolher uma população que residisse próximo ao HC/UFPE porque a facilidade do acesso ao hospital seria um item favorável à aceitação dessa comunidade às mudanças sugeridas.

A definição das amostras representativas das duas áreas acima descritas (comunidade universitária e população circunvizinha ao HC/UFPE) foi feita com base na amostragem aleatória simples.

Segundo Richardson (1989), o cálculo do tamanho da amostra para populações finitas em uma amostragem aleatória simples é feito baseado na seguinte fórmula:

$$n = \frac{\pi^2 \times p \times q \times N}{E^2 \times (N-1) + \pi^2 \times p \times q}$$

onde,

n = tamanho da amostra desejada;

π^2 = nível de confiança escolhido;

p = proporção da característica pesquisada no universo, calculada em percentagem;

q = 100 – p (calculado em percentagem);

N = tamanho da população;

E^2 = erro permitido.

Salienta-se ainda que o nível de confiança escolhido para a caracterização da amostra foi de 95% e a margem de erro foi de 4%.

Para o cálculo da proporção da característica pesquisada no universo (p), utilizaram-se os resultados de uma pesquisa anteriormente realizada pelo Departamento Ciências Administrativas da UFPE, no ano de 1995/1996, orientada pelo Professor James A. Falk, Ph.D¹⁹. Os resultados fornecidos pela pesquisa indicam que, segundo dados fornecidos por algumas instituições de seguros de saúde particular, no ano de 1995, e também de acordo com informações encontradas no IBGE, no que se refere aos dados estatísticos do último censo do número de mulheres e homens das faixas etárias de vinte anos em diante, o número de internações ocorridas em adultos na Região Metropolitana do Recife, variava em torno de 15%.

3.1.3 Etapa 3: Estudo de caso enfocando o HC/UFPE

Essa etapa consistiu na elaboração de diversos cenários, na forma de análise de caso, que tem por objetivo aprofundar a descrição de determinada realidade (Trivinos, 1995).

Segundo Yin (1994), o estudo de caso é uma forma de fazer pesquisa empírica na qual se investigam fenômenos contemporâneos dentro de um contexto real.

Na grande maioria das vezes, nos estudos de casos, os resultados são válidos apenas para o caso que se estuda. Entretanto devido à similaridade encontrada entre os HU's brasileiros, no que diz respeito à missão desses hospitais, sua estrutura administrativa e legal, formas de financiamento, etc., os resultados alcançados no HC/UFPE podem servir de parâmetros para todos os demais. É claro que fatores de ordem econômica e social

diferem de região para região, e também que toda organização, por ser um sistema aberto, interage com o meio ambiente no qual está inserido.

Nessa última etapa, aprofundou-se o estudo através da análise do quadro financeiro do HC/UFPE, no sentido de realizar uma projeção de cenários sobre o nível de cobertura financeira que a receita oriunda da disponibilização dos 50 leitos poderá trazer para o hospital, bem como realizar um estudo de quais seriam as outras áreas, além da internação, que poderiam ser utilizadas para promover um incremento da receita.

É importante salientar que foi observada a demanda apresentada no HC/UFPE durante os anos anteriores, respeitando as variações sazonais. Foram utilizadas as cifras financeiras dos possíveis convênios indicados na etapa anterior como sendo factíveis de negociação com o hospital.

A estratégia para construção dos cenários foi baseada na análise documental dos dados financeiros e contábeis oriundos da Coordenadoria de Orçamento e Finanças do HC/UFPE, e dos relatórios fornecidos pelo Serviço de Contas Médicas do HC/UFPE e do Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME HC/UFPE, bem como dados financeiros fornecidos por hospitais pertencentes à Região Metropolitana do Recife. Com essas informações, comparou-se o possível aumento de renda advindo dos 50 leitos adicionais. Pela confrontação desses dados, pôde-se saber qual o grau de cobertura de despesas que poderia ser esperado caso fossem implementadas as mudanças sugeridas acima.

3.2 Técnica de Análise de Dados

Na etapa 01 os dados coletados foram codificados, tabulados e receberam um tratamento estatístico através de uma análise univariada, com o objetivo de estudar as frequências e a representatividade de cada questão pesquisada. Foram também calculadas as médias e os desvios padrões de alguns dados de ordem financeira como complemento da análise.

Na Etapa 02, os dados coletados por questionário, acompanhado de entrevistador, foram tratados através da construção de uma escala intervalar (escala de Likert) que atribuiu pontos às diferentes categorias de respostas. O ponto 01 correspondeu à resposta “discordo totalmente”, e variou até o ponto 05, “concordo plenamente”. A seguir, foram usados tratamentos estatísticos multivariados, através de uma análise de correlação, com o objetivo de auferir o grau de aceitação da mudança proposta pelo HC/UFPE tanto dentro da comunidade acadêmica, como também da população e dos planos de saúde privados, conforme características próprias de cada segmento.

Na etapa 03, foram feitas análises comparativas entre as receitas e as despesas através de uma seqüência histórica de quatro anos (1997 a 2000) com a finalidade de acompanhar a evolução ou a involução de ambas no período em questão. Posteriormente, foram construídos quatro cenários financeiros rerepresentando diversas situações distintas envolvendo a entrada de novos recursos suplementares advinda dos convênios com a rede particular de saúde. O objetivo foi observar até que ponto o ingresso dessas receitas suplementares cobriu o déficit financeiro com o número de leitos disponibilizados. Esta última etapa mostrou-se especialmente relevante, pois foi através do confronto desses cenários que se pôde extrair a conclusão final do estudo.

Finalmente, através da opinião coletada pelas entrevistas efetuadas nas etapas um e dois desta pesquisa, buscou-se detectar quais seriam as outras atividades que

propiciariam um aumento de receita para o hospital e qual a viabilidade de implantação das mesmas.

4

Construção das amostras

No capítulo anterior, comentou-se qual seria o método utilizado para a condução de cada etapa da pesquisa, e qual a forma de tratamento das amostras que serviram de base para este estudo. A seguir, serão detalhadas as formas de como os dados foram coletados e dispostos.

4.1 Comunidade Universitária da UFPE

Para a determinação do universo que caracteriza a comunidade da Universidade Federal de Pernambuco, foram utilizados os dados fornecidos pelo Núcleo da Tecnologia da Informação (NTI) da UFPE, no tocante ao quantitativo de técnicos administrativos existentes, bem como o número de professores efetivos, visitantes e substitutos e também o número de alunos matriculados, chegando-se a um total geral de 24.367 pessoas.

A partir desse montante, aplicou-se a fórmula descrita no capítulo anterior, que determina o tamanho de uma amostra para populações finitas. Sendo assim, tem-se:

$$n = \frac{\pi^2 \times p \times q \times N}{E^2 \times (N-1) + \pi^2 \times p \times q} \quad \text{ou} \quad n = \frac{1,96^2 \times 15 \times 85 \times 24.367}{4^2 \times (24.367-1) + 1,96^2 \times 15 \times 85}$$

Onde $p= 15\%$ e $q = 85\%$.

O resultado evidencia que o tamanho da amostra a ser pesquisada é de 302 pessoas, e para se chegar ao cálculo segmentado por centro acadêmico, reitoria e órgãos suplementares, utilizou-se o cálculo de proporção direta.

Após definida a amostra, aplicaram-se os questionários estruturados através da técnica de entrevista direta. Os entrevistados foram escolhidos de forma aleatória e os resultados finais podem ser conferidos no quadro 10.

Quadro 4.1 Distribuição da amostra representativa da comunidade acadêmica da UFPE, no ano de 2001.

<i>Centro Acadêmico</i>	<i>Alunos</i>	<i>Amostra</i>	<i>Docentes</i>	<i>Amostra</i>	<i>Técnicos</i>	<i>Amostra</i>	<i>População Total</i>	<i>Tamanho da amostra</i>
Centro de Artes e Comunicação	3.116	39	291	4	96	1	3.503	44
Centro de Ciências Exatas e da Natureza	1.069	13	134	2	76	1	1.279	16
Centro de Ciências Biológicas	904	11	179	2	146	2	1.229	15
Centro de Filosofia e Ciências Humanas	1.911	24	159	2	84	1	2.154	27
Centro de Educação	1.244	15	145	2	58	1	1.447	18
Centro de Ciências Sociais Aplicadas	3.898	47	161	2	57	1	4.116	50
Centro de Ciências da Saúde	3.319	41	606	7	233	3	4.158	51
Centro de Tecnologia e Geociências	2.468	31	260	3	188	2	2.916	36
Faculdade de Direito	989	12	87	1	62	1	1.138	14
Centro de Informática	146	2	42	1	15	-	203	3
Reitoria					455	6	455	6
Órgãos Suplementares					1.769	22	1.769	22
Total	19.064	235	2.064	26	3.239	41	24.367	302

Fonte: Núcleo da Tecnologia da Informação da UFPE

4.2 População circunvizinha ao HC/UFPE

Para a construção da amostra representativa da população circunvizinha ao Hospital das Clínicas da UFPE foram utilizados os dados fornecidos pela Prefeitura da Cidade do Recife (PCR) relacionados à distribuição populacional por bairros (documento em anexo).

A definição do quantitativo de pessoas que representavam o universo a ser pesquisado foi feita baseada na escolha de bairros que se localizam ao redor do HC/UFPE. Para se delimitar com mais precisão quais seriam as áreas a serem estudadas, construiu-se um mapa geográfico na forma de um “quadrado”, que foi desenhado levando-se em consideração as principais vias de acesso rodoviárias ao hospital (mapa em anexo) que são, respectivamente:

- Av. Professor Moraes Rego (BR 101 Sul);
- Av. Caxangá;
- Av. Professor Luiz Freire;
- Av. Acadêmico Hélio Ramos

Esse ambiente de pesquisa corresponde a um quantitativo de 168.568 pessoas. Para determinação da amostra, utilizou-se a fórmula que trata das determinações de amostras para populações finitas. Sendo assim, temos:

$$n = \frac{\pi^2 \times p \times q \times N}{E^2 \times (N-1) + \pi^2 \times p \times q} \quad \text{ou} \quad n = \frac{1,96^2 \times 15 \times 85 \times 168.568}{4^2 \times (168.568-1) + 1,96^2 \times 15 \times 85}$$

Onde, $p = 15\%$ e $q = 85\%$

O resultado evidencia que o tamanho da amostra a ser pesquisada é de 306 pessoas, e para se chegar à distribuição cálculo por bairros, utilizou-se o cálculo de proporção direta.

Depois de definidos o local onde será realizado o estudo e o quantitativo de pessoas a serem pesquisadas, aplicaram-se questionários estruturados através da técnica de entrevista direta. Os entrevistados foram escolhidos de forma aleatória, nos locais demarcados, e os resultados finais podem ser conferidos no quadro 4.2, abaixo transcrito.

Quadro 4.2 Distribuição da amostra da população circunvizinha ao HC/UFPE, ano de 2001.

<i>Bairro</i>	<i>População Residente</i>	<i>Amostra</i>
Cordeiro	33.512	61
Iputinga	39.112	71
Engenho do Meio	11.021	20
Torrões	28.607	52
Cidade Universitária	471	1
Várzea	55.845	101
Total	168.568	306

Fonte: Prefeitura da Cidade do Recife

Baseadas nessas amostras construíram-se tabelas em que se procurou observar as correlações entre as diversas variáveis existentes, contidas no questionário, e cujos resultados serão comentados no próximo item.

5

Análise dos resultados e discussão

As análises de correlação e os comentários sobre os resultados observados entre as diversas variáveis envolvidas convergiam para quatro pontos considerados principais:

1. Opinião dos entrevistados sobre a possibilidade do Hospital das Clínicas da UFPE atender a pacientes conveniados com a rede pública e/ou privada de saúde, sem ser o SUS, como forma de incrementar o financiamento dessa instituição (questão 18),
2. A disposição dos entrevistados em utilizar os serviços do HC/UFPE através do seu plano de saúde (questão 19),
3. A opinião dos entrevistado sobre a possibilidade do HC/UFPE atender a pacientes através de um plano próprio de saúde (questão 20), e,
4. A disposição do entrevistado em conhecer um plano de saúde oferecido pelo HC/UFPE (questão 21).

A interpretação dessas questões, responderá a primeira pergunta de pesquisa elaborada por este estudo. As demais serão respondidas através da execução da etapa 03 da Metodologia.

Inicialmente, serão trabalhadas as amostras pertencentes à comunidade universitária da UFPE, composta por alunos, professores e técnicos administrativos.

Depois de observados os resultados desse grupo, serão analisados os resultados da comunidade circunvizinha ao HC/UFPE.

5.1 Comunidade universitária da UFPE (Alunos e Professores/Técnicos Administrativos)

A caracterização das amostras dos alunos, professores e técnicos administrativos foi feita em termos de estatística descritiva dos dados demográficos, passando para uma análise de correlações existentes entre as variáveis envolvidas no questionário. A seguir, essas informações foram segmentadas pela existência ou não de um plano de saúde e, finalmente, por áreas de estudo, reitoria e órgãos suplementares, para que se pudesse verificar as diferenças ocorridas nas respectivas correlações.

5.1.1 Dados demográficos das amostras

As tabelas 5.1 e 5.2, dispostas a seguir, evidenciam características referentes a:

- Tempo de estada na UFPE,
- Idade,
- Período em que está cursando (apenas para os alunos),
- Grau de escolaridade (apenas para professores e técnicos administrativos),
- Sexo,
- Estado civil,

- Quantidade de filhos,
- Renda familiar, e,
- Existência ou não de plano um de saúde.

Essas informações serviram de base para o estudo das correlações que encerram este capítulo.

Tabela 5.1 Descrição dos dados demográficos dos alunos da UFPE, no ano de 2001

<i>Tempo na UFPE (em anos)</i>	<i>Idade</i>	<i>Período que está cursando</i>	<i>Sexo</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Quantidade de filhos</i>	<i>Renda Familiar (*)</i>	<i>Plano de saúde</i>
Média 2,55	Média 23,58	Média 4,81	Masc. 132	Cas. 18	0 - 218	1 - 73	Possui 129
Min 0,25	Min. 17,00	Min. 1,00	Fem. 103	Solt. 217	1 - 9	2 - 80	Não possui 106
Máx 8,00	Máx. 55,00	Máx. 11,00			2 - 7	3 - 41	
					3 - 1	4 - 12	
						5 - 17	
						6 - 12	
<i>Total</i> -	-	-	235	235	17	235	235

Fonte: dados levantados pela pesquisa em tela

Tabela 5.2 Descrição dos dados demográficos dos professores e técnicos administrativos da UFPE, no ano de 2001

<i>Tempo na UFPE (em anos)</i>	<i>Idade</i>	<i>Grau escolaridade Técnicos-Adm</i>	<i>Grau escolaridade professores</i>	<i>Sexo</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Quantidade de filhos</i>	<i>Renda Familiar (*)</i>	<i>Plano de saúde</i>
Média 13,86	Média 43,19	1º grau 1	Grad. 12	Masc 38	Cas. 48	0 - 24	1 - 7	Possui 49
Min. 0,33	Min. 25,00	2º grau 14	Espec. 1	Fem. 29	Solt. 19	1 - 7	2 - 25	Não possui 18
Max. 34	Max. 62,00	Grad. 24	Mest. 7			2 - 20	3 - 11	
		Espec. 2	Dout. 6			3 - 13	4 - 5	
						4 - 3	5 - 6	
							6 - 13	
<i>Total</i> -		41	26	67	67	43	67	67

Fonte: dados levantados pela pesquisa em tela

(*) Legenda

1	Até R\$ 1.000,00	4	De R\$ 3.001,00 até R\$ 4.000,00
2	De R\$ 1.000,00 até R\$ 2.000,00	5	De R\$ 4.001,00 até R\$ 5.000,00
3	De R\$ 2.001,00 até R\$ 3.000,00	6	Acima de R\$ 5.000,00

Durante a execução dessa pesquisa, procurou-se buscar a maior abrangência possível no tocante à caracterização dos dados demográficos. Sendo assim, foram contemplados alunos que estão nessa universidade desde o primeiro até os últimos períodos, distribuídos por todos os centros acadêmicos nos mais diversos cursos. Com relação à análise dos professores e técnicos administrativos, buscaram-se representantes de todos os centros acadêmicos, reitoria e órgãos suplementares. Entrevistaram-se técnicos pertencentes a níveis de escolaridades distintos, bem como docentes efetivos, visitantes e substitutos que possuem desde o nível de graduação até o doutorado.

5.1.2 Análise das Correlações

A seguir apresenta-se a tabela 5.3, em que serão visualizadas as correlações entre as variáveis de maior interesse para esta pesquisa. Foi considerada relevante uma correlação que apresentar um índice igual ou superior ou a 0,4 (ou 40%). Abaixo desse valor, as variáveis em questão estão fracamente correlacionadas.

Tabela 5.3 Correlação entre as variáveis de maior interesse representativas da amostra pertencentes à comunidade da UFPE, no ano de 2001.

Variáveis	Alunos					Prof / Tec. Adm.				
	18	19	20	21	22	18	19	20	21	22
18) HC atender através de planos de saúde privados	1,00					1,00				
19) Usar o HC com um plano de saúde particular	0,49	1,00				0,61	1,00			
20) HC atender através de plano próprio	0,39	0,26	1,00			0,59	0,58	1,00		
21) Utilização desse plano próprio	0,30	0,33	0,58	1,00		0,32	0,39	0,61	1,00	
22) Disposição a pagar por esse plano	0,26	0,26	0,48	0,54	1,00	0,39	0,45	0,63	0,61	1,00

Fonte: dados levantados pela pesquisa em tela

Obs.: a tabela completa se encontra nos anexos.

Inicialmente, verificou-se que as correlações apresentadas pelos professores e técnicos administrativos foram bem mais fortes que aquelas apresentadas pelos alunos da UFPE.

A razão para essa diferença não pôde ser detectada com precisão por esta pesquisa, mas levando-se em consideração a variação de alguns dados demográficos encontrados em cada segmento (tabelas 5.1 e 5.2), concluiu-se que elas podem sofrer a influência de alguns fatores como:

1. Idade e número de filhos: a idade média dos professores e técnicos administrativos (43 anos), é bem maior do que dos alunos (23 anos), e eles também apresentam uma maior percentagem de filhos (43% para os professores e técnicos administrativos e 7% para os alunos).

2. O tempo de permanência na universidade: o tempo médio de universidade para os professores e técnicos é de 13 anos contra dois anos e meio dos alunos. Ou seja, quanto mais tempo eles possuem de UFPE, melhor conhecem os problemas da instituição como um todo.

Apesar de não se poder afirmar com certeza, visto que a pesquisa não contemplou essa variável, a natureza do vínculo (permanente para professores e técnicos administrativos e temporário para alunos) também pode ser um fator que cause algum tipo de influência. Entretanto, seriam necessárias outras pesquisas, mais específicas, para uma averiguação mais aprofundada dessas hipóteses.

A análise dos resultados da tabela 5.3 foi feita através de comparações entre as variáveis envolvidas. Quanto mais forte a correlação, maior foi a tendência de aceitação das mudanças sugeridas. No que se refere à análise das variáveis de maior interesse para esta pesquisa, as seguintes observações puderam ser feitas:

1) Correlação entre a variável “HC atender através de planos de saúde privados” e “Usar o HC com um plano de saúde particular”.

Percebeu-se, entre os alunos, que existe uma razoável correlação (0,49) entre essas duas variáveis. Foi observado que quase a metade das respostas aprovaram a alternativa (47% dos entrevistados com concordância plena e 0,7% com uma razoável concordância). Por outro lado, 31% dos alunos optaram por uma razoável discordância e 0,4% com uma desaprovação plena; tendo 11% dos entrevistados posicionando-se como indiferentes.

Entre os professores e técnicos administrativos, verificou-se que essa correlação é um pouco mais forte (0,61) que a apresentada pelos alunos. Analisando o quantitativo de professores e técnicos administrativos, detectou-se que cerca de 62% desses são favoráveis, em maior ou menor grau, ao fato de que o HC/UFPE atenda a pacientes através de convênios particulares. O percentual de indiferença chega a 12% e o de desaprovação parcial ou total é de 25%.

2) Correlação entre a variável “HC atender através de planos de saúde privados” e “HC atender através de plano próprio”.

Muito embora esta mudança tenha sido aceita por ambos segmentos, verificou-se que os alunos, inicialmente, mostraram-se mais resistentes (correlação de 0,39) que os professores e técnicos administrativos (correlação de 0,59).

3) Correlação entre a variável “HC atender através de plano próprio” e “Utilização desse plano próprio”.

Verificou-se, entre os alunos, que a partir do momento que surge a concordância no sentido do HC/UFPE atender a pacientes através de planos de saúde

privados eles também se inclinam a utilizar o serviço do hospital pelo seu próprio plano, com uma correlação razoavelmente forte (0,58). Cerca de 48% dos entrevistados apóiam essa idéia, 40% discordam em maior ou menor grau, e aproximadamente 12% mostraram-se indiferentes. Levando-se em consideração que aproximadamente 50% desses alunos possuem um plano particular de saúde, e que nosso universo abrange um quantitativo de cerca de 19.000 alunos, existe uma demanda provável estimada de 8.500 pessoas.

Com relação à opinião dos professores e técnicos administrativos, observou-se que 55% dos entrevistados mostraram-se razoavelmente ou bastante favoráveis a aceitar essa mudança, 16% foram indiferentes e 28% razoavelmente ou bastante desfavoráveis. A correlação entre essas duas variáveis também foi considerada forte (0,61).

4) Correlação entre a variável “utilização desse plano próprio” e “Disposição a pagar por esse plano”.

Os números mostram que, à medida que aumenta a aceitabilidade de que o HC/UFPE atenda por um plano de saúde privado próprio, cresce o interesse por parte dos alunos em utilizar e pagar por esse plano (correlação de 0,54). Verificou-se que cerca de 63% dos alunos pesquisados gostaria de conhecer um plano de saúde oferecido pelo HC/UFPE e estariam dispostos a pagar por ele. A média de pagamento sugerido, porém, é bastante reduzida: cerca de R\$ 35,00 por mês. Sabe-se que existem vários planos de saúde para alunos em universidades americanas. Isso, possivelmente, seria uma alternativa a ser melhor averiguada caso essa mudança fosse de fato implementada.

Entre os professores e técnicos administrativos essa correlação foi um pouco maior (0,61). Aproximadamente 73% dos entrevistados estariam dispostos a utilizar e pagar por esse plano, e o valor médio que aceitariam pagar por este plano é de R\$ 60,00.

Os serviços médico-hospitalares mais procurados pelos entrevistados estão dispostos no quadro 5.1:

Quadro 5.1 Discriminação dos serviços médico-hospitalares requisitados pela comunidade universitária da UFPE, no ano de 2001.

Serviços	Alunos	Prof/Téc. Administrativos
Internação	31%	54%
Ambulatório	40%	61%
Laboratório de análises clínicas	53%	67%
Laboratório de patologia	38%	63%
Serviço de imagenologia	36%	69%
Outros	16%	12%

Fonte: Dados levantados pela pesquisa em tela

Obs.: Os entrevistados puderam escolher mais de uma alternativa

Os horários preferíveis para a utilização dos serviços foram dispostos no quadro 5.2, a seguir:

Quadro 5.2 Discriminação dos horários requisitados pela comunidade universitária da UFPE, no ano de 2001.

Horário	Alunos	Prof/Téc. Administrativos
Pela manhã (08 às 12 h)	39%	60%
No horário de almoço (12 às 14 h)	24%	36%
Pela tarde (14 às 17 h)	30%	40%
Após 17 h	22%	33%

Fonte: Dados levantados pela pesquisa em tela

Obs.: Os entrevistados puderam escolher mais de uma alternativa

Concluindo essa primeira análise, observou-se que as mudanças propostas por este estudo foram bem aceitas pela comunidade universitária da UFPE, sendo os professores e técnicos administrativos mais receptivos, às novas idéias, que os alunos. Os serviços médico-hospitalares mais procurados foram: a) laboratório de análises clínicas (alunos) e b) serviços de imagenologia (professores e técnicos administrativos) e os horários preferíveis foram: a) pela manhã (alunos) e após as 17 horas (professores e técnicos administrativos).

Em relação às demais perguntas, nenhuma correlação aparente com os dados demográficos foi observada, mas alguns fatos são de interesse para esta pesquisa e ajudam a entender as explicações dadas.

Com relação aos alunos:

1) Na amostra de 236 alunos pesquisados, todos, com exceção de um, se manifestaram a favor da necessidade da UFPE manter um hospital universitário para a formação dos profissionais de saúde.

2) Em relação ao conhecimento da crise financeira pela qual passam esses hospitais, contudo, apenas 19% conhecem esse tema em profundidade, enquanto que 14% dos entrevistados desconhecem totalmente o assunto. Os demais (67%) declararam que somente ouviram falar alguma coisa a respeito.

3) Cerca de 0,8% dos entrevistados acham que os serviços médico-hospitalares prestados pela rede pública, de forma geral, são satisfatórios ou muito satisfatórios. 73% consideram que a qualidade é deficitária, 50% deles considera-a bastante insatisfatória e 23% considera-a insatisfatória. Os demais entrevistados (18%) são indiferentes.

Com relação aos professores e técnicos administrativos:

1) Todos os professores e técnicos administrativos que participaram desta pesquisa julgaram necessário que a UFPE mantivesse um hospital universitário para a formação de profissionais da área de saúde.

2) Cerca de 9% dos entrevistados desconhecem totalmente a crise financeira que atravessam os hospitais universitários, 40% já ouviram falar do assunto e 51% conhecem o assunto em profundidade.

3) Aproximadamente de 11% declararam que, dos serviços médico-hospitalares prestados pela rede pública, são razoavelmente (10%) ou bastante (1%)

satisfatórios, 64% os consideram bastante (51%) ou razoavelmente (13%) insatisfatórios e 24% mostram-se indiferentes.

5.1.2.1 Amostra segmentada por plano privado de saúde

A fim de melhor comparar as correlações entre as variáveis dos entrevistados que possuem planos de saúde particular e poderiam, de fato, utilizar os serviços do hospital, caso o HC/UFPE abra suas portas para atendimento privado, segmentaram-se as respostas conforme “possuir ou não um plano privado de saúde”. Os resultados podem ser conferidos nas tabelas 5.4 (possuem plano de saúde) e 5.5 (não possuem), logo a seguir.

Tabela 5.4 Correlação entre as variáveis de maior interesse da amostra da comunidade universitária que possui planos de saúde, ano 2001

Variáveis	Alunos									Professores/Tec. Administrativos								
	10	11	12	18	19	20	21	22		10	11	12	18	19	20	21	22	
10) Estado civil																		
11) Quantidade de filhos																		
12) Pessoas residentes na família																		
18) HC atender através de planos de saúde privados	0,16	0,10	0,13	1,00						0,26	0,30	-0,04	1,00					
19) Usar o HC com um plano de saúde particular	-0,02	-0,07	-0,05	0,41	1,00					0,30	0,16	-0,05	0,60	1,00				
20) HC atender através de plano próprio	-0,09	-0,01	0,17	0,41	0,21	1,00				0,21	0,26	0,04	0,66	0,55	1,00			
21) Utilização desse plano próprio	-0,11	-0,07	0,15	0,22	0,29	0,48	1,00			0,20	0,16	0,05	0,39	0,31	0,60	1,00		
22) Disposição a pagar por esse plano	-0,04	0,02	0,06	0,31	0,25	0,49	0,59	1,00		0,01	0,04	-0,01	0,42	0,41	0,60	0,57	1,00	

Fonte: Dados levantados pela pesquisa em tela

Obs.: a tabela completa se encontra nos anexos.

Tabela 5.5 Correlação entre as variáveis de maior interesse da amostra da comunidade universitária que não possui planos de saúde, ano 2001

Variáveis	Alunos									Professores/Tec. Administrativos								
	10	11	12	18	19	20	21	22		10	11	12	18	19	20	21	22	
10) Estado civil																		
11) Quantidade de filhos																		
12) Pessoas residentes na família																		
18) HC atender através de planos de saúde privados	0,04	0,05	-0,14	1,00						-0,38	-0,31	-0,23	1,00					
19) Usar o HC com um plano de saúde particular	-0,11	-0,12	-0,05	0,62	1,00					-0,24	-0,17	-0,27	0,63	1,00				
20) HC atender através de plano próprio	-0,03	0,00	0,05	0,37	0,31	1,00				-0,05	-0,38	-0,50	0,41	0,61	1,00			
21) Utilização desse plano próprio	-0,08	-0,04	0,14	0,40	0,37	0,71	1,00			-0,24	-0,43	-0,49	0,12	0,53	0,61	1,00		
22) Disposição a pagar por esse plano	-0,02	-0,01	0,05	0,21	0,26	0,46	0,48	1,00		-0,44	-0,51	-0,44	0,18	0,53	0,67	0,67	1,00	

Fonte: Dados levantados pela pesquisa em tela

Obs.: a tabela completo se encontra nos anexos.

Observando-se números dispostos nas tabelas 5.4 e 5.5 conclui-se que, novamente, as correlações apresentadas pelos professores e técnicos administrativos são mais intensas que as apresentadas pelos alunos, fato esse que já foi comentado nas análises anteriores. Entretanto, um olhar mais detalhado revela que *o fato do entrevistado não possuir um plano de saúde particular o torna mais receptivo às mudanças sugeridas por este estudo.*

Comparando os resultados obtidos através da análise de correlação dos alunos que *possuem planos de saúde particular* (tabela 5.4) com o *quadro geral* (tabela 5.3), foi observado que houve uma *discreta tendência de queda em quase todas as correlações consideradas relevantes.* A seguir será descrito analiticamente como se comportaram os números.

1) A correlação existente entre a possibilidade do HC/UFPE atender a pacientes conveniados através de planos de saúde particulares e a utilização dos serviços do hospital através do plano de saúde que eles possuem reduziu em cerca de 16%.

2) Observou-se uma queda de aproximadamente 27% nas correlações, quando o assunto trata da aceitação de que o HC/UFPE atenda a pacientes através de um plano de saúde particular e do interesse dos alunos em conhecer e utilizar um plano próprio do hospital.

3) Notou-se uma redução de 17% nas correlações existentes entre o fato do hospital ter o seu plano de saúde próprio e o interesse dos alunos em conhecer e pagar por esse plano.

Desta forma, pode-se concluir que o fato do aluno já possuir um plano de assistência médico-hospitalar influi negativamente na decisão dele em utilizar os serviços do hospital através desse plano, e também em conhecer e utilizar um plano próprio oferecido pelo hospital.

Por outro lado, quando se compararam as opiniões emitidas pelos alunos que *não possuem um plano de saúde particular* (tabela 5.5) com o *quadro geral* (tabela 5.3), notaram-se resultados bastante diferentes.

1) A correlação existente entre a concordância de que o HC/UFPE atenda a convênios particulares e a utilização dos serviços do hospital através de um plano de saúde privado aumentou em cerca de 27%.

2) Observou-se um crescimento de aproximadamente 33% na correlação existente entre a concordância de que o HC/UFPE atenda a pacientes conveniados com a rede particular de saúde e a aceitação dos mesmos em que o hospital tenha o seu plano próprio.

3) Notou-se também um crescimento de cerca de 22% no interesse desses alunos em conhecer e utilizar um plano de saúde oferecido pelo hospital.

Concluíram-se então dois aspectos importantes: 1) se os alunos que não possuem atualmente um plano de saúde particular, passassem a ter essa possibilidade, eles não se oporiam a utilizar os serviços do hospital por esses planos, e 2) o fato desses alunos não possuírem cobertura médico-hospitalar privado influiu positivamente na decisão deles de utilizar os serviços do HC/UFPE para atendimento sob forma de convênio privado.

Ao se analisarem as respostas dos professores e técnicos administrativos nota-se, *entre o segmento dos que não possuem planos de saúde particular*, o surgimento de novas correlações não detectadas anteriormente. Curiosamente, as variáveis relacionadas ao estado civil, quantidade de filhos e pessoas residentes na família interferiram de forma significativa nas opiniões desses entrevistados.

1) Estado civil

Apesar de não se poder detectar a razão, os números mostram que o fato desses entrevistados serem casados influi de forma negativa na decisão em aceitar que o HC/UFPE atenda através de planos de saúde particulares (correlação de $-0,38$).

2) Quantidade de filhos:

Verificou-se que à medida que aumenta esse número, aumenta a rejeição pela idéia de que o HC atenda através de planos de saúde particulares (correlação de $-0,31$), que atenda através de um plano próprio de saúde (correlação de $-0,38$) e também cresce a indisposição para utilizar esse plano (correlação de $-0,43$).

3) Pessoas residentes na família

Essa variável comporta-se da mesma maneira que a anterior: quanto mais alto for este número, maior a tendência de não aceitação ao fato de que o hospital atenda através de planos de saúde particulares (correlação de $-0,23$), que tenha o seu plano próprio (correlação de $-0,50$) e também cresce a rejeição pela utilização desse plano próprio ($-0,49$).

Observou-se também que essas mesmas variáveis influenciam de *maneira oposta, porém com menos intensidade*, a opinião dos professores e técnicos administrativos que já possuem um plano de saúde.

Desta forma, conclui-se que casamentos, filhos e famílias numerosas deixam os professores e técnicos administrativos que não possuem planos de saúde resistentes, em maior ou menor grau, à aceitação de mudanças institucionais no HC/UFPE, enquanto esse mesmo fator impulsiona a aceitação dessas mudanças entre aqueles que já possuem um plano de saúde.

Observou-se também que:

1) As correlações das variáveis relacionadas à “aceitação de que o HC/UFPE atenda através de planos de saúde particulares” e “o uso efetivo dos serviços por esses planos”, não sofreram muita diferença quando comparadas às respostas dos entrevistados nas tabelas 5.3, 5.4 e 5.5 (correlações de 0,61, 0,60 e 0,63, respectivamente).

2) Situação semelhante observa-se na correlação existente entre a “aceitação de que o hospital mantenha um plano próprio de saúde” e “a utilização, por parte dos entrevistados, dos serviços médico-hospitalares através desse plano”. (correlações de 0,61, 0,60 e 0,61).

3) Ao ser analisada a correlação entre a “opinião de que o HC/UFPE atenda a pacientes através de planos de saúde particulares” e a “aceitação de que o hospital tenha o seu próprio plano”, observou-se que, entre aqueles que não possuem um plano particular, ocorreu uma queda significativa na aceitação a essa mudança, se forem comparadas essas respostas com as apresentadas pelos demais entrevistados.

4) Situação análoga observa-se quando se parte para o próximo item, que trata da “utilização dos serviços médico-hospitalares do hospital através desse plano próprio”. Ou seja, os entrevistados que não possuem um plano de saúde mostraram-se mais refratários a essa idéia que os demais.

5) Houve um incremento na correlação entre aqueles que não possuíam um plano de saúde (0,61) sobre aqueles que já o tinham (0,55) e em relação ao quadro geral (0,58) quando o assunto foi “a utilização dos serviços do HC/UFPE através de planos de saúde particulares” e “a aceitação de que o mesmo possuísse seu plano próprio”.

6) A utilização dos serviços do HC/UFPE através desse plano próprio sofreu um aumento ainda maior (correlação de 0,53) quando comparado aos mesmos segmentos (correlação de 0,31, tabela 5.4 e 0,39, tabela 5.3).

Resumindo, percebe -se o seguinte: todos os segmentos observados não se oporiam à situação de que o HC/UFPE atenda através de convênios particulares. Entretanto, quando o assunto passa a ser a possibilidade de que o hospital tenha um plano de saúde próprio, os entrevistados que não possuem uma cobertura médico-hospitalar particular mostraram-se inicialmente refratários a tal mudança. Contudo, esse estado tenderia a dissipar-se e a transformar-se numa forte predisposição em concordar, conhecer e pagar por esse plano.

Contudo, não se pode esquecer que existe um “viés de baixa”, anteriormente citado: o fato desse servidor, que não possui um plano de saúde, ser casado e possuir filhos o torna mais resistente a mudanças institucionais promovidas no hospital. Levando-se em consideração que cerca de 72% da amostra é casada e que a maior parte possui filhos, esse fator não deve ser desconsiderado.

5.1.2.2 Amostra segmentada por área de estudo, reitoria e órgãos suplementares.

Após terminarem essas análises, tendo-se por base a segmentação de ter ou não um plano de saúde particular, verificou-se se a área específica de estudo ou de trabalho (humanas, exatas, saúde, reitoria e órgãos suplementares), possui algum fator de influência sobre as opiniões dos entrevistados. Os resultados dessa nova segmentação podem ser conferidos nas tabelas 5.6, 5.7, 5.8 e 5.9, a seguir.

Tabela 5.6 Correlação entre as variáveis de maior interesse representativas da amostra da comunidade da UFPE da área de humanas, ano 2001

Variáveis	Alunos													
	3	4	10	11	12	13	14	16	17	18	19	20	21	22
3) Tempo de UFPE														
4) Idade														
10) Estado civil														
11) Quantidade de filhos														
12) Pessoas residentes na família														
13) Renda familiar														
14) Plano de saúde														
16) Conhecimento da crise financeira	0,14	-0,02	-0,14	-0,14	0,03	0,02	-0,08	1,00						
17) Qualidade dos serviços prestados pela rede pública	0,07	0,11	-0,09	-0,03	0,02	-0,05	-0,02	0,06	1,00					
18) HC atender através de planos de saúde privados	-0,05	-0,01	0,11	0,08	-0,06	0,09	0,05	-0,18	-0,01	1,00				
19) Usar o HC com um plano de saúde particular	-0,10	-0,10	-0,09	-0,15	-0,02	-0,12	-0,14	-0,09	-0,01	0,45	1,00			
20) HC atender através de plano próprio	-0,20	0,00	-0,04	0,03	0,01	-0,08	-0,06	-0,11	0,06	0,42	0,20	1,00		
21) Utilização desse plano próprio	-0,11	-0,04	-0,11	-0,05	0,05	-0,18	-0,09	-0,01	0,15	0,25	0,34	0,57	1,00	
22) Disposição a pagar por esse plano	0,07	0,09	-0,01	0,05	0,01	-0,02	-0,07	0,08	0,17	0,21	0,19	0,41	0,48	1,00

Variáveis	Professores e Técnicos Administrativos													
	3	4	10	11	12	13	14	16	17	18	19	20	21	22
16) Conhecimento da crise financeira	0,30	0,47	0,32	0,63	0,63	0,48	0,20	1,00						
17) Qualidade dos serviços prestados pela rede pública	-0,42	-0,46	-0,47	-0,44	-0,21	-0,34	0,27	-0,64	1,00					
18) HC atender através de planos de saúde privados	0,02	-0,28	0,15	0,01	-0,48	-0,08	0,04	-0,05	-0,33	1,00				
19) Usar o HC com um plano de saúde particular	0,11	-0,07	0,26	0,15	-0,44	0,14	0,16	-0,24	-0,06	0,59	1,00			
20) HC atender através de plano próprio	0,29	0,11	0,48	0,32	-0,18	0,06	0,15	-0,02	-0,29	0,60	0,74	1,00		
21) Utilização desse plano próprio	0,36	-0,03	0,59	0,44	0,22	-0,11	0,37	0,10	-0,16	0,34	0,40	0,75	1,00	
22) Disposição a pagar por esse plano	0,27	0,05	0,24	0,37	-0,02	0,20	0,30	0,19	-0,24	0,56	0,62	0,77	0,68	1,00

Fonte: Dados levantados pela pesquisa em tela

Obs.: a tabela completa se encontra nos anexos.

Tabela 5.7 Correlação entre as variáveis de maior interesse representativas da amostra da comunidade da UFPE da área de exatas, ano de 2001

Variáveis	Alunos													
	3	4	10	11	12	13	14	16	17	18	19	20	21	22
3) Tempo de UFPE														
4) Idade														
10) Estado civil														
11) Quantidade de filhos														
12) Pessoas residentes na família														
13) Renda familiar														
14) Plano de saúde														
16) Conhecimento da crise financeira	0,32	0,12	-	-	0,07	0,06	0,13	1,00						
17) Qualidade dos serviços prestados pela rede pública	0,15	-0,08	-	-	-0,04	0,30	-0,14	-0,03	1,00					
18) HC atender através de planos de saúde privados	0,22	0,34	-	-	0,11	0,16	0,14	0,16	-0,16	1,00				
19) Usar o HC com um plano de saúde particular	0,39	0,43	-	-	-0,13	0,01	-0,10	-0,03	-0,26	0,43	1,00			
20) HC atender através de plano próprio	-0,09	0,11	-	-	0,11	-0,08	0,22	0,01	-0,31	0,45	0,33	1,00		
21) Utilização desse plano próprio	-0,06	0,17	-	-	0,30	0,07	0,19	0,15	-0,25	0,37	0,29	0,51	1,00	
22) Disposição a pagar por esse plano	-0,06	0,14	-	-	-0,07	0,12	0,25	0,13	-0,23	0,41	0,28	0,54	0,52	1,00

Variáveis	Professores e Técnicos Administrativos													
	3	4	10	11	12	13	14	16	17	18	19	20	21	22
16) Conhecimento da crise financeira	-0,03	0,11	-0,35	0,23	0,71	0,34	0,35	1,00						
17) Qualidade dos serviços prestados pela rede pública	-0,45	-0,50	0,16	0,02	-0,13	-0,29	-0,63	0,18	1,00					
18) HC atender através de planos de saúde privados	0,35	0,30	0,30	0,65	0,30	0,71	0,60	-0,24	-0,38	1,00				
19) Usar o HC com um plano de saúde particular	0,03	0,04	0,40	0,75	0,40	0,63	0,32	0,11	0,22	0,76	1,00			
20) HC atender através de plano próprio	-0,16	-0,41	0,58	0,47	-0,29	0,20	0,00	-0,41	0,36	0,54	0,64	1,00		
21) Utilização desse plano próprio	-0,05	-0,32	0,50	0,41	-0,25	0,04	0,00	-0,35	0,31	0,34	0,32	0,87	1,00	
22) Disposição a pagar por esse plano	-0,29	-0,26	0,32	0,19	-0,02	0,24	-0,09	0,10	0,44	0,19	0,59	0,44	0,14	1,00

Fonte: Dados levantados pela pesquisa em tela

Obs.: a tabela completa se encontra nos anexos.

Tabela 5.8 Correlação entre as variáveis de maior interesse representativas da amostra da comunidade da UFPE da área de saúde, no ano de 2001

Variáveis	Alunos													
	3	4	10	11	12	13	14	16	17	18	19	20	21	22
3) Tempo de UFPE														
4) Idade														
10) Estado civil														
11) Quantidade de filhos														
12) Pessoas residentes na família														
13) Renda familiar														
14) Plano de saúde														
16) Conhecimento da crise financeira	0,11	-0,06	0,21	0,21	-0,20	0,03	0,04	1,00						
17) Qualidade dos serviços prestados pela rede pública	-0,07	-0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,05	0,09	1,00					
18) HC atender através de planos de saúde privados	-0,01	0,21	0,18	0,18	-0,01	-0,14	-0,03	0,37	0,27	1,00				
19) Usar o HC com um plano de saúde particular	-0,03	0,12	0,12	0,12	-0,01	-0,03	-0,23	0,45	0,20	0,70	1,00			
20) HC atender através de plano próprio	-0,05	0,13	-0,16	-0,16	0,26	-0,22	-0,30	0,21	-0,01	0,33	0,37	1,00		
21) Utilização desse plano próprio	-0,12	-0,22	-0,15	-0,15	0,23	-0,12	-0,19	0,08	0,20	0,31	0,34	0,64	1,00	
22) Disposição a pagar por esse plano	-0,17	-0,23	-0,12	-0,12	0,24	-0,05	-0,16	0,16	0,24	0,27	0,42	0,54	0,72	1,00
Variáveis	Professores e Técnicos Administrativos													
	3	4	10	11	12	13	14	16	17	18	19	20	21	22
16) Conhecimento da crise financeira	0,64	0,45	-0,47	0,03	-0,10	0,43	0,35	1,00						
17) Qualidade dos serviços prestados pela rede pública	0,22	-0,24	0,17	-0,24	-0,11	0,00	0,17	-0,08	1,00					
18) HC atender através de planos de saúde privados	0,60	0,27	-0,31	0,05	-0,23	0,59	0,64	0,27	0,36	1,00				
19) Usar o HC com um plano de saúde particular	0,43	0,25	0,12	-0,11	0,09	0,62	0,55	0,04	0,24	0,52	1,00			
20) HC atender através de plano próprio	0,60	0,27	-0,31	0,05	-0,23	0,59	0,64	0,27	0,36	1,00	0,52	1,00		
21) Utilização desse plano próprio	0,54	0,09	-0,30	-0,21	-0,41	0,30	0,55	0,34	0,09	0,52	0,38	0,52	1,00	
22) Disposição a pagar por esse plano	0,68	0,26	-0,27	-0,11	-0,33	0,36	0,52	0,45	0,12	0,53	0,39	0,53	0,95	1,00

Fonte: Dados levantados pela pesquisa em tela

Obs.: a tabela completa se encontra nos anexos.

Tabela 09 Correlação entre as variáveis de maior interesse representativas da amostra da comunidade da UFPE da reitoria e órgãos suplementares, no ano de 2001.

<i>Variável</i>	<i>Professores e Técnicos Administrativos</i>													
	3	4	10	11	12	13	14	16	17	18	19	20	21	22
3) Tempo de UFPE														
4) Idade														
10) Estado civil														
11) Quantidade de filhos														
12) Pessoas residentes na família														
13) Renda familiar														
14) Plano de saúde														
16) Conhecimento da crise financeira	0,21	-0,05	0,00	-0,05	0,00	0,42	0,12	1,00						
17) Qualidade dos serviços prestados pela rede pública	-0,12	-0,22	0,00	0,21	0,17	-0,03	0,00	0,08	1,00					
18) HC atender através de planos de saúde privados	-0,06	0,33	0,20	0,07	0,12	-0,13	-0,02	-0,21	-0,18	1,00				
19) Usar o HC com um plano de saúde particular	-0,22	0,14	0,12	0,01	-0,11	-0,36	-0,09	-0,33	-0,04	0,71	1,00			
20) HC atender através de plano próprio	-0,13	0,05	-0,07	-0,18	0,02	0,08	0,11	0,00	-0,23	0,53	0,48	1,00		
21) Utilização desse plano próprio	-0,35	-0,22	-0,15	-0,27	0,05	-0,01	0,04	0,07	0,26	0,16	0,34	0,53	1,00	
22) Disposição a pagar por esse plano	-0,39	0,02	-0,31	-0,39	0,00	0,38	0,28	0,12	-0,21	0,30	0,27	0,66	0,57	1,00

Fonte: Dados levantados pela pesquisa em tela

Obs.: a tabela completa se encontra nos anexos.

Os resultados mostram variações significativas nas correlações. Não se pode afirmar com certeza, mas os dados sugerem que a opinião dos entrevistados (alunos, professores e técnicos administrativos) pode ser influenciada pelo ambiente de estudo ou de trabalho a que pertencem.

Observou-se que na amostra representativa dos alunos não foram encontradas correlações tão significativas quanto as apresentadas pelos professores e técnicos administrativos. Por esse motivo, a fim de melhor explicar os resultados encontrados, buscou-se uma análise dos valores relativos referentes às tabulações dos dados do questionário que envolvem as variáveis correlacionadas mais fortemente relacionadas.

Os quadros 5.3 e 5.4 resumem as respostas das variáveis 18 e 19 do questionário, que tratam, respectivamente, **“da aceitação por parte dos alunos no que diz respeito à abertura do HC/UFPE ao atendimento através de convênios particulares”** e **“da utilização dos serviços do hospital pelo convênio particular”**.

Quadro 5.3 Resumo da tabulação dos dados referentes à variável 18 do questionário

Variável 18	Humanas	%	Exatas	%	Saúde	%	Total	%
Discorda totalmente	44	31,9	9	19,6	20	38,5	73	30,9
Discorda parcialmente	5	3,6	1	2,2	4	7,7	10	4,2
Indiferente	9	6,5	6	13,0	10	19,2	25	10,6
Concorda parcialmente	9	6,5	5	10,9	2	3,8	16	6,8
Concorda totalmente	71	51,4	25	54,3	16	30,8	112	47,5
Total de alunos	138	100	46	100	52	100	236	100

Fonte: dados levantados pela pesquisa em tela.

Quadro 5.4 Resumo da tabulação dos dados referentes à variável 19 do questionário

Variável 19	Humanas	%	Exatas	%	Saúde	%	Total	%
Sim	82	59,4	28	60,9	31	59,6	141	59,7
Não	56	40,6	18	39,1	21	40,4	95	40,3
Total	138	100	46	100	52	100	236	100

Fonte: dados levantados pela pesquisa em tela.

Os resultados do quadro 5.3 mostram que os alunos da área de exatas possuem os maiores níveis de concordância nesta questão, (54,3%), acompanhados por humanas (51,4%) e saúde (30,8%). Entretanto, quando se parte para a análise de correlação entre as variáveis 18 e 19, o resultado se inverte. Os indicadores mais fortes pertencem à área de saúde (0,70), seguida por humanas (0,45) e exatas (0,43). A explicação pode ser dada através da migração de parte dos alunos da área de saúde, que inicialmente se mostraram indiferentes quanto à abertura do HC/UFPE atender a convênios particulares (19,2% - quadro 5.3) e que depois tenderiam a concordar caso o hospital de fato promovesse essa mudança.

A seguir, apresentam-se os quadros 5.5 e 5.6 que resumem as respostas das variáveis 20 e 21 do questionário, que tratam, respectivamente, “*da opinião sobre a possibilidade do HC/UFPE atender a pacientes através de um plano de saúde próprio*” e “*do interesse por parte dos alunos em conhecer e pagar por este plano próprio*”.

Quadro 5.5 Resumo da tabulação dos dados referentes à variável 20 do questionário

Variável 20	Humanas	%	Exatas	%	Saúde	%	Total	%
Discorda totalmente	49	35,5	14	30,4	18	34,6	81	34,3
Discorda parcialmente	4	2,9	2	4,3	4	7,7	10	4,2
Indiferente	21	15,2	4	8,7	7	13,5	32	13,6
Concorda parcialmente	9	6,5	8	17,4	5	9,6	22	9,3
Concorda totalmente	55	39,9	18	39,1	18	34,6	91	38,6
Total de alunos	138	100	46	100	52	100	236	100

Fonte: dados levantados pela pesquisa em tela.

Quadro 5.6 Resumo da tabulação dos dados referentes à variável 21 do questionário

Questão 21	Humanas	%	Exatas	%	Saúde	%	Total	%
Sim	87	63,0	33	71,7	28	53,8	148	62,7
Não	51	37,0	13	28,3	24	46,2	88	37,3
Total	138	100	46	100	52	100	236	100

Fonte: dados levantados pela pesquisa em tela.

As respostas dos quadros 5.5 e 5.6 seguem a mesma tendência dos quadros 5.3 e 5.4, ou seja, analisando os valores relativos, nota-se uma concordância maior entre os alunos de exatas, seguida pelos de humanas e por fim os de saúde. Quando se parte para as correlações, encontra-se uma inversão de tendências, que pode ser explicada pela transferência de parte dos alunos de saúde, que anteriormente se mostraram indecisos e que depois tenderiam a uma aceitação à mudança.

Concluindo, os números mostram que as correlações mais significativas são apresentadas pelos alunos pertencentes à área de saúde, evidenciando-se que, provavelmente, esses alunos, por terem mais contato com o ambiente onde será proposta a mudança (HC/UFPE), possuam maior aceitação que os demais.

Notou-se também que todas essas observações são influenciadas pelo fato dos alunos já possuírem ou não um plano de saúde particular. Entre aqueles que já os possuem, as correlações tendem a ser mais discretas dos que entre aqueles que não têm um plano de saúde próprio.

Analisando os números apresentados pelos professores e técnicos administrativos observou-se que algumas variáveis demográficas relacionadas ao tempo de permanência na UFPE, idade, sexo, estado civil, quantidade de filhos, quantidade de pessoas residentes na família, e renda familiar mostraram-se bastante correlacionadas com as mudanças que são sugeridas por este estudo.

1) Tempo de permanência na universidade: Essa variável causou um forte impacto principalmente na opinião daqueles que trabalham ou ensinam na área de saúde. Levando-se em consideração que nenhuma área apresentou discrepância de média de tempo de serviço em relação ao geral, pode-se afirmar que deveriam existir outros fatores, que não esse, que interferiram nas decisões dos entrevistados. O perfil apresentado demonstra que quanto mais tempo eles têm na UFPE, mais adquirem conhecimento sobre a

crise financeira que ocorre nos HU's (cerca de 57% já ouviram falar do assunto e 43% conhecem esse tema em profundidade). Dessa forma, há uma forte influência positiva dessa variável com a aceitação de que o HC/UFPE atenda através de convênio particulares (correlação de 0,60), com a utilização dos serviços do hospital através de um plano de saúde particular (0,43), com a concordância de que o HC/UFPE atenda através de um plano próprio (0,60) e com a utilização desse plano (0,54). Nas outras áreas de ensino pesquisadas, bem como na reitoria e órgãos suplementares, não foi detectada nenhuma correlação significativa dessa variável com as demais.

2) Idade: essa variável apresentou influência nas áreas de saúde, exatas e humanas em aspectos distintos. Primeiramente, os números mostram que, à medida que os entrevistados envelhecem eles têm mais conhecimento da crise financeira que ocorre nos HU's (correlação 0,45 para saúde, 0,47 para humanas e 0,11 para exatas), e também piora sua percepção sobre a qualidade dos serviços médico-hospitalares prestados pela rede pública (correlação de -0,46 para humanas e -0,50 para exatas e -0,24 para saúde). Os resultados dos entrevistados pertencentes à reitoria e aos órgãos suplementares não apresentaram correlações significativas envolvendo essa variável.

3) Sexo: observou-se correlações entre essa variável e as demais apenas entre as opiniões emitidas pelos entrevistados da área de exatas. Isso se deve ao fato de que há uma grande concentração do sexo masculino (78%) entre as pessoas entrevistadas dessa área. Por ter causado possível viés nas correlações, o resultado não será comentado.

4) Estado civil: observou-se uma tendência de aproximação entre as opiniões emitidas pelos entrevistados da área de exatas e humanas. As pessoas casadas, pertencentes a essas áreas, tenderiam a concordar em maior ou menor grau sobre o fato do HC/UFPE atender a pacientes através de um plano de saúde particular (correlações de 0,30 em exatas e 0,15 em humanas), utilizariam os serviços do hospital por esse plano (0,40; exatas e 0,26,

humanas), concordariam que o HC/UFPE tivesse o seu plano próprio de saúde (0,58, exatas e 0,48, humanas) e também gostariam de conhecer e pagar por esse plano (0,50, exatas e 0,59, humanas). Para os professores e técnicos administrativos da área de saúde, da reitoria e dos órgãos suplementares, percebeu-se que essa variável não exerceu significativas correlações com as demais.

5) Quantidade de filhos: da mesma forma que foi observado na variável anterior, percebeu-se uma aproximação de opiniões entre as áreas de exatas e humanas, sendo as correlações mais significativas no primeiro grupo. Sendo assim, os professores e técnicos administrativos que têm filhos, tendem a aceitar a abertura do HC/UFPE para convênios particulares, (correlação de 0,65 e 0,01, respectivamente das áreas exatas e humanas), concordariam em utilizar os serviços do hospital através desses planos (0,75 e 0,15), aceitariam que o HC/UFPE tivesse o seu plano de saúde próprio (0,47 e 0,32) e utilizariam esse plano (0,41 e 0,44). As áreas de saúde, reitoria e órgãos suplementares não demonstraram fortes correlações nesse aspecto.

6) Pessoas residentes na família: foram observadas correlações apenas entre os entrevistados da área de exatas e humanas. Contudo, elas não demonstraram convergência. Os que pertencem à área de exatas, e que possuem famílias numerosas, tendem a concordar com atendimento do HC/UFPE através de convênios particulares (correlação de 0,30), e utilizariam este plano (0,40). Entretanto, há uma discreta discordância de que o hospital tenha o seu próprio plano de saúde particular (-0,29) e também da utilização desse plano (-0,25). Os entrevistados da área de humanas e que têm grandes famílias, não concordam muito que o HC/UFPE atenda através de convênios particulares (correlação de -0,48) e nem utilizariam os seus serviços (-0,44). Também não aceitam muito o fato de que o HC/UFPE tenha o seu plano próprio (-0,18), mas talvez se interessassem em utilizar esse

plano caso ele fosse implementado (-0,22). As demais áreas não demonstraram correlações relevantes.

7) Renda familiar: essa variável demonstrou correlações relevantes nas áreas de saúde e exatas, tendo as demais se comportado de forma imperceptível. Em ambas, quanto maior a renda, maior a predisposição para a aceitação de que o HC/UFPE atenda através de convênios particulares (correlações de 0,59 e 0,71), para utilização dos seus serviços por esses planos (0,62 e 0,63), para a aceitação de que o HC/UFPE tenha o seu próprio plano (0,59 e 0,20) e para a utilização desse plano próprio (0,30 e 0,04).

8) Plano de saúde: a última variável demográfica analisada diz respeito à pré-existência de um plano de saúde, e ela se demonstrou especialmente relacionada entre aqueles pertencentes à área de saúde. Os números demonstraram que o fato desses professores e técnicos administrativos já terem acesso a um plano os faz aceitar mais a idéia do HC/UFPE atender através de um plano particular (correlação de 0,64), a concordar em utilizar seus serviços por esse plano (0,55), a concordar que o HC/UFPE tenha o seu próprio plano (0,64) e a conhecer e utilizar esse plano do hospital (0,55).

Feita a análise das correlações das variáveis demográficas, estudou-se o comportamento e o inter-relacionamento das demais questões apresentadas no questionário.

Os resultados demonstram que, com maior ou menor intensidade, todos os entrevistados que concordaram que o HC/UFPE atendesse através de planos de saúde particulares e utilizariam esses serviços através desses planos (correlações de 0,76 para exatas, 0,71 para reitoria e órgãos suplementares, 0,59 para humanas 0,52 para saúde); bem como aceitariam que o HC/UFPE tivesse seu próprio plano de atendimento (1,00 para saúde, 0,60 para humanas, 0,54 para exatas, 0,53 para reitoria e órgãos suplementares) e também utilizariam os serviços médico-hospitalares do hospital através desse plano de

atendimento (0,52 para saúde, 0,34 para exatas e humanas e 0,16 para reitoria e órgãos suplementares).

A análise final com relação ao apresentado é que a opinião fornecida pela amostra de professores e técnicos administrativos foi mais receptiva às mudanças propostas por esta pesquisa, se comparadas com as apresentadas pelos alunos. Observou-se também que na segmentação por área de trabalho as variáveis demográficas causam influências nas decisões tomadas por esses entrevistados, entretanto, como se pôde observar, elas não chegam a interferir nos resultados finais.

5.2 População circunvizinha ao HC/UFPE

Nessa etapa irão ser analisadas as opiniões fornecidas pela população circunvizinha ao HC/UFPE. A tabela 5.10 mostra os resultados dos dados demográficos pertencentes à amostra pesquisada.

5.2.1 Dados demográficos das amostras

A tabela 5.10 disposta a seguir evidencia características referentes a:

- Idade,
- Sexo,
- Estado civil,
- Quantidade de filhos,
- Renda familiar, e

- Existência ou não de plano um de saúde.

Essas informações serviram base para o estudo das correlações que encerram este capítulo.

Tabela 5.10 Descrição dos dados demográficos da população circunvizinha ao HC/UFPE, no ano de 2001

<i>Idade</i>	<i>Sexo</i>		<i>Estado Civil</i>		<i>Quantidade de Filhos</i>		<i>Renda Familiar (*)</i>		<i>Plano de Saúde</i>	
Média	36,79	Mas. 167	Cas. 176	0-	127	1-	233	Possui	89	
Min.	15,00	Fem. 139	Sol. 130	1-	54	2-	58	Não possui	217	
Max.	72,00			2-	70	3-	11			
				3-	40	4-	1			
				4-	10	5-	2			
				5-	4	6-	1			
				6-	1					
Total		306	306		306		306		306	

Fonte: Dados levantados pela pesquisa em tela

(*) Legenda

1	Até R\$ 1.000,00	4	De R\$ 3.001,00 até R\$ 4.000,00
2	De R\$ 1.000,00 até R\$ 2.000,00	5	De R\$ 4.001,00 até R\$ 5.000,00
3	De R\$ 2.001,00 até R\$ 3.000,00	6	Acima de R\$ 5.000,00

Na escolha dos entrevistados para participarem desta pesquisa, buscou-se a maior abrangência possível no que se refere à caracterização dos dados demográficos.

Com relação aos três aspectos iniciais (sexo, estado e civil e número de filhos), observou-se uma grande semelhança desta amostra com a amostra representativa dos professores e técnicos administrativos.

Entretanto, fazendo-se uma comparação dos últimos dados demográficos (renda familiar e plano de saúde) da amostra da população circunvizinha ao HC/UFPE com os da comunidade universitária (abrangendo os alunos e professores técnicos administrativos) notou-se uma grande diferença, estando os primeiros enquadrados em um nível salarial bem aquém dos segundos e também mais desprovidos da cobertura privada de planos de saúde.

5.2.2 Análise das Correlações

Após a caracterização dos dados demográficos da amostra em questão, apresenta-se a tabela 5.11, na qual podem ser visualizadas as várias correlações de interesse desta pesquisa. Salienta-se que, inicialmente, se apresenta a amostra de forma global, e a seguir segmentada por bairros. Será considerada relevante uma correlação que apresentar um índice igual ou superior a 0,4 (ou 40%). Abaixo desse valor as variáveis estão fracamente correlacionadas e por esse motivo não será objeto de maiores comentários.

Tabela 5 11 Correlação entre as variáveis de maior interesse representativas da amostra, pertencentes à população circunvizinha ao HC/UFPE, no ano de 2001.

Variáveis	Comunidade circunvizinha ao HC/UFPE				
	12	13	14	15	16
12) HC atender através de planos de saúde privados	1,00				
13) Usar o HC com um plano de saúde particular	0,62	1,00			
14) HC atender através de plano próprio	0,27	0,29	1,00		
15) Utilização desse plano próprio	0,24	0,32	0,74	1,00	
16) Disposição a pagar por esse plano	0,20	0,19	0,57	0,59	1,00

Fonte: Dados levantados pela pesquisa em tela

Obs: a tabela completa se encontra nos anexos

Ao se analisarem os índices apresentados pela tabela 5.11, observa-se que algumas correlações apresentadas por esse grupo situam-se em um “meio-termo” entre aquelas visualizadas na amostra dos alunos e dos professores e técnicos administrativos. Outras, no entanto, apresentaram valores um pouco além ou aquém dos demais. Não foram observadas nessa amostra correlações significativas entre os dados demográficos e as variáveis em estudo na tabela 5.11. Dessa forma, podemos concluir que fatores como idade, sexo, estado civil, quantidade de filhos e renda, não interferiram nas respostas fornecidas pelos entrevistados.

Da mesma forma que foram tratados os dados da amostra representativa da comunidade acadêmica, a análise dos resultados da tabela 5.11 foi feita através de comparações entre as variáveis envolvidas. Quanto mais forte a correlação, maior foi a tendência de aceitação das mudanças sugeridas. No que se refere à análise das variáveis de maior interesse para esta pesquisa, as seguintes observações puderam ser feitas:

1) Correlação entre a variável “HC atender através de planos de saúde privados” e “Usar o HC com um plano de saúde particular”.

Essas duas variáveis apresentaram um forte índice de correlação (0,62), demonstrando que esses entrevistados não se oporiam a utilizar os serviços médico-

hospitalares do HC/UFPE através de um plano de saúde particular. Foi observado ainda que mais da metade da amostra aprovou essa idéia, (53% concordando plenamente e 2% apresentado uma razoável concordância).

Contudo, um fato curioso a ser observado é que este segmento foi o que apresentou as menores taxas de cobertura por planos de saúde privados (29,1% são assistidos), se comparados com os números pertencentes à comunidade universitária da UFPE (55,1% dos alunos e 73,1% dos professores e técnicos administrativos possuem um plano de saúde particular). Mesmo assim a correlação mostrou-se alta, indicando que esse fator não interferiu na opinião emitida pelos mesmos a respeito dessa mudança proposta.

2) Correlação entre a variável “HC atender através de planos de saúde privados” e “HC atender através de plano próprio”.

Os números apresentados por essa amostra mostraram um baixo índice de correlação (0,27), indicando que esse segmento, a princípio, não se mostrou favorável à aceitação dessa idéia. Salienta-se ainda que esse índice foi menor que o apresentado pelos alunos (0,39) bem como pelos professores e técnicos administrativos (0,59).

3) Correlação entre a variável “HC atender através de plano próprio” e “Utilização desse plano próprio”.

Verificou-se que a partir do momento que surge a aceitação no sentido do HC/UFPE atender através de um plano de saúde próprio, também nasce a inclinação dos entrevistados em utilizar esse plano próprio (correlação de 0,74). Esse índice foi superior ao apresentado pelos alunos (0,58) e pelos professores e técnicos administrativos (0,61). Observou-se também que cerca de 60% dos entrevistados aprovaram essa proposta (58% dos entrevistados concordaram plenamente e 2% revelaram uma razoável concordância).

Talvez isso possa ser explicado pelo que já foi dito anteriormente: como apenas 29% da amostra possui um plano de saúde particular, a opção poder ter o HC/UFPE como provedora desses serviços foi sentida como uma opção viável para esses entrevistados.

4) *Correlação entre a variável “Utilização desse plano próprio” e “Disposição a pagar por esse plano”.*

Com relação a essa última correlação, observou-se um índice razoavelmente forte (0,59), se comparado aos números apresentados pelos alunos (0,48) e professores e técnicos administrativos (0,61). Cerca de 55% dos entrevistados gostariam de conhecer um plano de saúde oferecido pelo HC/UFPE e estariam dispostos a pagar por ele. O valor médio sugerido, por pessoa, foi cerca de R\$ 40,00.

Os serviços médico-hospitalares mais procurados pela comunidade circunvizinha ao HC/UFPE estão dispostos no quadro 5.7, a seguir:

Quadro 5.7: Discriminação dos serviços médico-hospitalares requisitados pela população circunvizinha ao HC/UFPE, no ano de 2001.

Serviços	População circunvizinha ao HC/UFPE
Internação	62%
Ambulatório	69%
Laboratório de análises clínicas	71%
Laboratório de patologia	66%
Serviço de imagenologia	65%
Outros	26%

Fonte: Dados levantados pela pesquisa em tela

Obs.: Os entrevistados puderam escolher mais de uma alternativa

Os horários preferíveis para a utilização dos serviços foram transcritos no quadro 5.8, a seguir:

Quadro 5.8 Discriminação dos horários requisitados pela população circunvizinha ao HC/UFPE, no ano de 2001.

Horário	População Circunvizinha ao HC/UFPE
Pela manhã (08 às 12 h)	67%
No horário de almoço (12 às 14 h)	50%
Pela tarde (14 às 17 h)	60%
Após 17 h	53%

Fonte: Dados levantados pela pesquisa em tela

Obs.: Os entrevistados puderam escolher mais de uma alternativa

Não foi detectada nenhuma correlação aparente dos dados demográficos com relação às demais perguntas contidas no questionário. Entretanto, alguns fatos se destacam:

1) Na amostra de 306 entrevistados todos, com exceção de dois, mostraram-se a favor da necessidade da UFPE manter um hospital universitário para a formação de profissionais da saúde.

2) Em relação ao conhecimento sobre a dificuldade financeira que os hospitais universitários passam atualmente, 73% afirmaram que já ouviram falar do assunto. Quanto aos demais, 16% desconhecem totalmente o assunto e 11% conhecem o tema em profundidade.

3) Cerca de 10% dos entrevistados declaram-se satisfeitos, em maior ou menor grau, com os serviços médico-hospitalares prestados pela rede pública de saúde. Quanto aos demais, 22% se mostraram indiferentes, 13% afirmaram que estão insatisfeitos e a grande maioria, ou seja 55%, se mostrou bastante insatisfeita.

Finalmente, observou-se também que, quando comparados os índices de correlações da população circunvizinha ao HC/UFPE e da comunidade universitária (alunos, professores e técnicos administrativos), todos apresentaram, em maior ou menor grau, uma boa aceitação às mudanças propostas por este estudo. Isso demonstra que caso a administração do HC/UFPE decidisse implantá-la, teria o respaldo dos alunos, dos professores e técnicos administrativos da UFPE, bem como

da população circunvizinha ao hospital. A princípio esses três segmentos seriam os mais interessados, visto que se configuram como sendo usuários em potenciais dos serviços fornecidos.

5.2.2.1 Amostra segmentada por plano privado de saúde

Com a finalidade de apurar maiores informações sobre as correlações apresentadas pela população circunvizinha ao HC/UFPE, segmentaram-se as respostas conforme possui ou não um plano de saúde privado. Os resultados podem ser conferidos na tabela 5.12 a seguir evidenciada.

Tabela 5.12 Correlação entre as variáveis de maior interesse representativas da amostra, pertencentes à população circunvizinha ao HC/UFPE, possuidor ou não de plano de saúde, ano de 2001.

Variáveis	Possui plano de saúde					Não possui plano de saúde				
	12	13	14	15	16	12	13	14	15	16
12) HC atender através de planos de saúde privados	1,00					1,00				
13) Usar o HC com um plano de saúde particular	0,66	1,00				0,53	1,00			
14) HC atender através de plano próprio	0,24	0,28	1,00			0,36	0,28	1,00		
15) Utilização desse plano próprio	0,20	0,27	0,76	1,00		0,34	0,42	0,67	1,00	
16) Disposição a pagar por esse plano	0,15	0,08	0,56	0,56	1,00	0,33	0,43	0,60	0,65	1,00

Fonte: Dados levantados pela pesquisa em tela

Obs: a tabela completa se encontra nos anexos.

Após proceder-se com as segmentações da amostra por planos de saúde, não foram observadas novas correlações com os dados demográficos. Isso nos leva a crer que, ao contrário do que foi evidenciado na amostra da comunidade universitária, essa divisão não trouxe muitas alterações em relação às conclusões já auferidas.

Mesmo assim, foi feita uma comparação entre os índices de correlação daqueles entrevistados *que possuem planos de saúde* (tabela 5.12) com o *quadro geral*, (tabela 5.11) e observou-se que:

1. A correlação existente entre a possibilidade do HC/UFPE atender através de planos de saúde particulares e a utilização dos serviços do hospital através desses planos aumentou em cerca de 6,5%.

2. Houve um incremento em cerca de 3% na correlação entre o HC/UFPE atender através de um plano próprio e a utilização efetiva dos serviços médico-hospitalares por esse plano.

Ao se confrontarem as respostas dos entrevistados que *não possuem um plano de saúde particular* (tabela 5.12) com o *quadro geral* (tabela 5.11), evidenciou-se que:

1. Houve uma queda de cerca de 14% no índice de correlação entre a possibilidade do HC/UFPE atender através de planos de saúde privados e a utilização dos serviços do hospital através desses planos.

2. A correlação entre a possibilidade de utilizar os serviços médico-hospitalares do HC/UFPE através de um plano de saúde particular e a aceitação de que o hospital tivesse o seu plano próprio subiu em cerca de 31%.

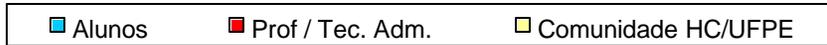
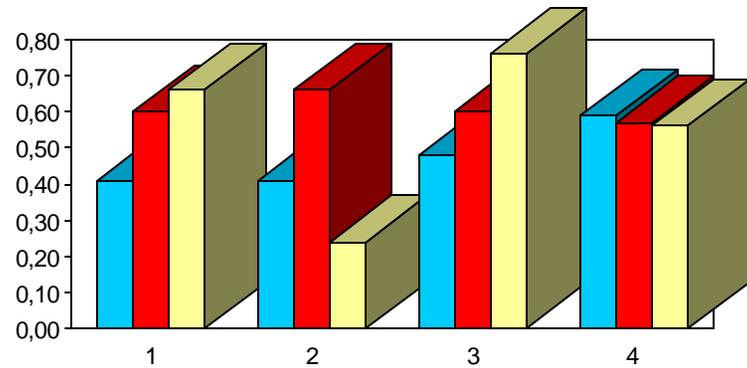
3. Houve uma queda de aproximadamente 10% na correlação entre o HC/UFPE atender através de um plano próprio e a utilização efetiva dos serviços médico-hospitalares por esse plano.

Desta forma, pode-se concluir que os entrevistados que não possuem um plano de saúde particular a princípio são menos favoráveis a idéia do HC/UFPE atender através de convênios privados. Entretanto, esse mesmo grupo tornou-se mais receptível quando o fato sugerido foi o hospital ter o seu plano próprio de saúde.

Contudo, não se pode esquecer que, de uma forma ou de outra, ambos segmentos (os que possuem e os que não possuem planos de saúde) foram favoráveis às mudanças propostas.

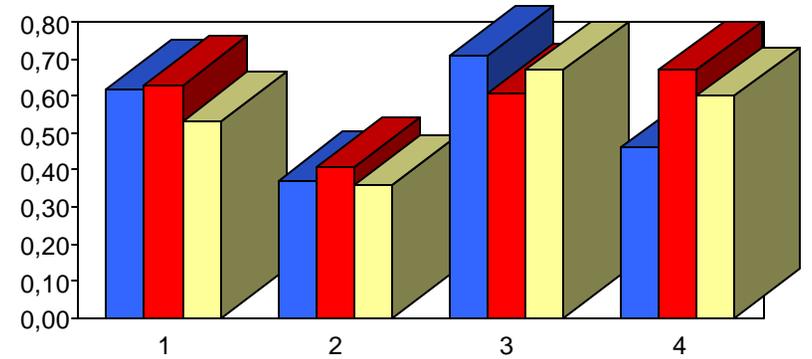
Como forma de proceder-se a uma comparação dos índices de correlação da amostra pertencente à população circunvizinha ao HC/UFPE e da amostra pertencente à comunidade universitária da UFPE (alunos, professores e técnicos administrativos), *no que se refere à segmentação das respostas apresentadas por planos de saúde*, apresenta-se, a seguir, os seguintes gráficos 5.1 e 5.2:

Gráfico 5.1: Correlação comparativa entre a amostra representativa da comunidade universitária da UFPE e da população circunvizinha ao HC/UFPE *que possuem* planos de saúde, no ano de 2001.



Fonte: Dados levantados pela pesquisa em tela.

Gráfico 5.2: Correlação comparativa entre a amostra representativa da comunidade universitária da UFPE e da população circunvizinha ao HC/UFPE *que não possuem* planos de saúde, no ano de 2001.



Fonte: Dados levantados pela pesquisa em tela.

Legenda: Correlações entre as variáveis

1 - "HC atender através de planos de saúde privados" e "Usar o HC com um plano de saúde particular".

2 - "HC atender através de planos de saúde privados" e "HC atender através de plano próprio".

3 - "HC atender através de plano próprio". e "Utilização desse plano próprio".

4 - "HC atender através de plano próprio" e "Disposição a pagar por esse plano".

Inicialmente observa-se que, após análise de todos os índices de correlações apresentados até então, o público alvo de maior interesse para esta pesquisa é aquele formado pelos *professores e técnicos administrativos da UFPE* e pela *população circunvizinha ao HC/UFPE que já possuem um plano de saúde*, (gráfico 5.1, item 1) pelos seguintes motivos:

1. São os que poderiam, de imediato, usufruir as mudanças propostas, pois eles *já possuem algum plano de saúde e, de acordo com as respostas apresentadas, eles de fato utilizariam os serviços do HC/UFPE através desses planos*. Salienta-se ainda que, embora o percentual dos entrevistados que possuem cobertura por planos privados de saúde da população circunvizinha ao HC/UFPE (29%) ser bem menor que o dos professores e técnicos administrativos (73%), eles representam quantitativamente um universo bem mais representativo de pessoas. (Se for levado em consideração o universo populacional, ter-se-iam aproximadamente 48.885 pessoas que residem próximo ao HC/UFPE contra 2.365 professores e técnicos administrativos.)

2. Os professores e técnicos administrativos são funcionários da própria instituição e estão geograficamente mais pertos do HC/UFPE. Como eles passam boa parte do seu tempo de trabalho dentro da universidade, caso precisassem de algum atendimento médico, seria mais fácil para eles se deslocarem para o próprio hospital. Além disso, por serem funcionários da UFPE, eles conhecem quem são profissionais que atendem no HC/UFPE.

Os alunos da UFPE, embora apresentem um menor índice de correlação que os demais, não devem ser desconsiderados das mudanças sugeridas. O importante é verificar quem, dentre todos os entrevistados, seriam os primeiros a serem priorizados. Depois, caso a implantação da mudança fosse realizada com sucesso, ela seria expandida a todos os demais. Afinal, como se viu, todos se mostraram receptíveis as idéias em questão.

No que se refere aos serviços médico-hospitalares mais solicitados pelos entrevistados (comunidade da UFPE e população circunvizinha ao HC/UFPE), pôde-se destacar os seguintes:

Quadro 5.9 Discriminação dos serviços médico-hospitalares requisitados pela comunidade universitária da UFPE e pela população circunvizinha ao HC/UFPE, no ano de 2001.

Serviços	Alunos	Prof/Téc. Administrativos	População Circunvizinha ao HC/UFPE
Internação	31%	54%	62%
Ambulatório	40%	61%	69%
Laboratório de análises clínicas	53%	67%	71%
Laboratório de patologia	38%	63%	66%
Serviço de imagenologia	36%	69%	65%
Outros	16%	12%	26%

Fonte: Dados levantados pela pesquisa em tela

Os alunos e a população circunvizinha ao HC/UFPE convergiram no sentido da preferência pelos serviços de análises clínicas, enquanto os professores e técnicos administrativos optaram pelo serviço de imagem. Desta forma, apresentam-se para a direção do próprio hospital quais são as preferências expostas por cada segmento.

Quanto à possibilidade do HC/UFPE atender através de um plano próprio, visualizaram-se duas opções: o público pode ser tanto aquele que possui como aquele que não possui um plano de saúde anterior.

Levando-se em consideração a primeira opção (possuem um plano de saúde), observa-se que, novamente, os *professores e técnicos administrativos*, bem como a *população circunvizinha ao HC/UFPE* seriam, de início, os mais interessados no plano próprio (gráfico 5.1, item 3). Entretanto, vale salientar que os primeiros, embora sendo em menor quantidade que os segundos, possuem um maior poder aquisitivo e estariam dispostos a pagar as maiores mensalidades por pessoa. Os alunos viriam em segundo lugar, muito embora também apresentem bons índices de aceitação.

Com relação à segunda opção (ou seja, os que não possuem um plano de saúde), observou-se que os três segmentos se aproximaram, em questão de aceitação da mudança sugerida (item 3, gráfico 5.2). Entretanto, nesse caso, como a população circunvizinha ao HC/UFPE é a que possui os menores índices de cobertura através de convênios particulares, talvez ela se configure como os maiores *consumidores potenciais* desse serviço (visualiza-se aproximadamente 119.500 pessoas).

Informa-se ainda que, nos Estados Unidos, algumas universidades oferecem aos seus alunos um tipo de cobertura médico-hospitalar, mediante cobrança de taxa específica, que assegura cobertura enquanto eles tiverem vínculo com a instituição²⁰. Talvez essa alternativa possa ser estudada pela administração do HC/UFPE como sendo mais uma possível alternativa para novas fontes de financiamento.

Finalmente, no que se refere ao aspecto legal da implantação dessa mudança, informa-se que, em conversa com a Procuradoria da Universidade Federal de Pernambuco²¹, “esta é uma questão jurídica em aberto. No entanto, caso haja de fato uma vontade por parte da administração poderiam ser estudadas formas de se viabilizar esse processo, demandando inclusive uma alteração legislativa”.

5.2.2.2 Amostra segmentada por bairros

Em última análise, segmentou-se a amostra global por bairros, para observar como se comportaram os índices de correlação. Os resultados foram dispostos na tabela 5.13, logo a seguir.

Tabela 5.13 Correlação entre as variáveis de maior interesse representativas da amostra, pertencentes à população circunvizinha ao HC/UFPE, conforme bairro, ano 2001.

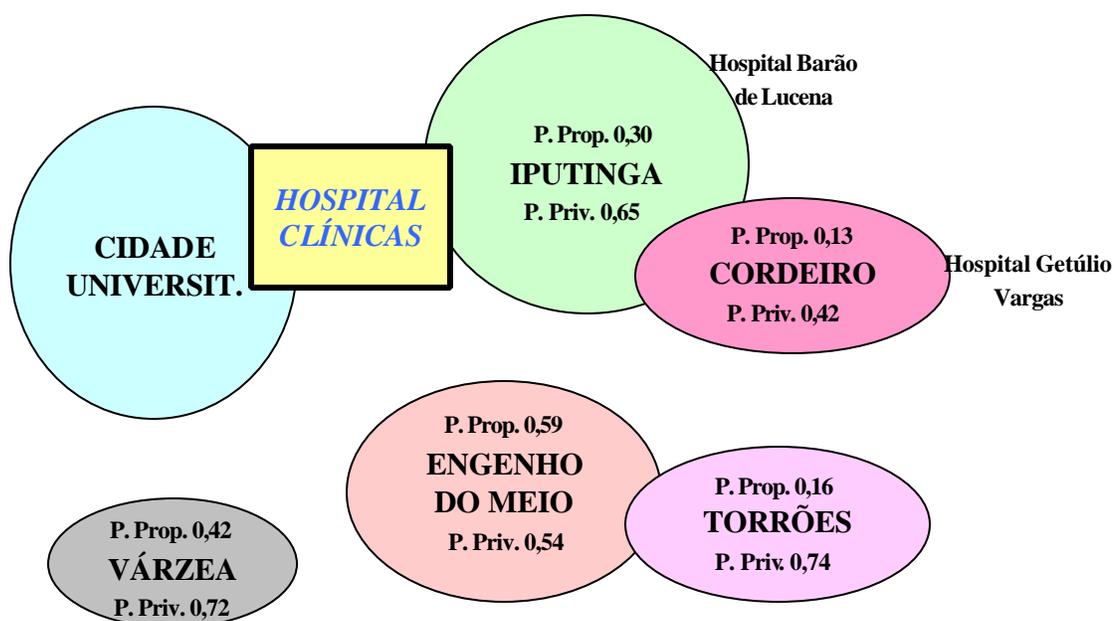
<i>Variáveis</i>		<i>Torrões (n = 52)</i>				
<i>% de cobertura através de planos privados = 17%</i>		<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>	<i>15</i>	<i>16</i>
12) HC atender através de planos de saúde privados		1,00				
13) Usar o HC com um plano de saúde particular		0,74	1,00			
14) HC atender através de plano próprio		0,17	0,16	1,00		
15) Utilização desse plano próprio		0,15	0,27	0,83	1,00	
16) Disposição a pagar por esse plano		0,22	0,20	0,67	0,74	1,00
<i>Variáveis</i>		<i>Várzea (n = 101)</i>				
<i>% de cobertura através de planos privados = 28%</i>		<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>	<i>15</i>	<i>16</i>
12) HC atender através de planos de saúde privados		1,00				
13) Usar o HC com um plano de saúde particular		0,72	1,00			
14) HC atender através de plano próprio		0,24	0,42	1,00		
15) Utilização desse plano próprio		0,21	0,35	0,78	1,00	
16) Disposição a pagar por esse plano		0,18	0,30	0,60	0,67	1,00
<i>Variáveis</i>		<i>Cordeiro (n = 61)</i>				
<i>% de cobertura através de planos privados = 30%</i>		<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>	<i>15</i>	<i>16</i>
12) HC atender através de planos de saúde privados		1,00				
13) Usar o HC com um plano de saúde particular		0,42	1,00			
14) HC atender através de plano próprio		0,21	0,13	1,00		
15) Utilização desse plano próprio		0,28	0,20	0,57	1,00	
16) Disposição a pagar por esse plano		0,13	0,09	0,44	0,52	1,00
<i>Variáveis</i>		<i>Iputinga (n = 71)</i>				
<i>% de cobertura através de planos privados = 35%</i>		<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>	<i>15</i>	<i>16</i>
12) HC atender através de planos de saúde privados		1,00				
13) Usar o HC com um plano de saúde particular		0,65	1,00			
14) HC atender através de plano próprio		0,28	0,30	1,00		
15) Utilização desse plano próprio		0,24	0,30	0,73	1,00	
16) Disposição a pagar por esse plano		0,18	0,15	0,56	0,49	1,00
<i>Variáveis</i>		<i>Engenho do Meio (n = 20)</i>				
<i>% de cobertura através de planos privados = 45%</i>		<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>	<i>15</i>	<i>16</i>
12) HC atender através de planos de saúde privados		1,00				
13) Usar o HC com um plano de saúde particular		0,54	1,00			
14) HC atender através de plano próprio		0,59	0,59	1,00		
15) Utilização desse plano próprio		0,32	0,61	0,77	1,00	
16) Disposição a pagar por esse plano		0,31	0,29	0,68	0,42	1,00

Fonte: Dados levantados pela pesquisa em tela.

Obs: O bairro da Cidade Universitária participou com a população pertencente à comunidade universitária da UFPE, cujos resultados já foram comentados anteriormente.

A fim de complemento às análises contidas na tabela 13, apresenta-se um mapa simplificado (figura 5.1), onde se pode visualizar a localização dos bairros em questão e a proximidade desses com o HC/UFPE, bem como a relação dos principais planos de saúde particulares utilizados por essa população.

Figura 5.1: mapa simplificado da região geográfica próxima ao HC/UFPE, no ano de 2001



Obs: O mapa completo se encontra nos anexos

Quadro 5.10 Relação dos principais planos de saúde particulares distribuídos por bairros, no ano de 2001.

Planos de saúde	Torrões	Várzea	Cordeiro	Iputinga	Engenho do Meio	Total	%
Admed	4 (45%)	4 (14%)	2 (11%)	3 (12%)	1 (11%)	14	5%
Banco do Brasil	-	2 (7%)	-	2 (8%)	1 (11%)	5	2%
Ipsep	-	-	2 (11%)	-	-	2	1%
Fachesf	1 (11%)	3 (11%)	-	1 (4%)	-	5	2%
Same	-	2 (7%)	1 (6%)	-	-	3	1%
Santa Clara	-	2 (7%)	1 (6%)	2 (8%)	-	5	2%
Sul América	1 (11%)	3 (11%)	1 (6%)	3 (12%)	2 (22%)	10	3%
Unimed	1 (11%)	7 (25%)	7 (39%)	3 (12%)	3 (33%)	21	7%
Outros	2 (22%)	5 (18%)	4 (21%)	11 (44%)	2 (23%)	24	8%
TOTAL	9/52	28/101	17/61	24/71	9/20	89/306	29%
% de cobertura de plano de saúde	17%	28%	30%	35%	45%		

Fonte: Dados levantados pela pesquisa em tela

Com base no exposto, pode-se observar que:

1. O índice de correlação existente entre a possibilidade do HC/UFPE atender por planos de saúde particulares e a utilização dos serviços através desses planos, foi relativamente significativa em todos os bairros, tendo variado entre o máximo de 0,74 (Torrões) e o mínimo de 0,42 (Cordeiro). Essa diferença talvez possa ser justificada pelo fato de que há, nas proximidades do Bairro do Cordeiro, um hospital público (Hospital Getúlio Vargas) que serve de ponto de apoio para a população.

2. Quanto à correlação entre a possibilidade de se utilizar os serviços do hospital através de planos de saúde particular e o HC/UFPE atender por um plano próprio de saúde, encontraram-se índices um pouco menores, que variaram entre o mínimo de 0,13 (Cordeiro) e os máximos de 0,42 (Várzea) e 0,59 (Engenho do Meio).

3. No que se refere à possibilidade do HC/UFPE atender através de plano próprio e a utilização, desse plano, encontraram-se índices de correlação que variavam entre o mínimo de 0,57 (Cordeiro) e o máximo de 0,83 (Torrões).

Os itens 02 e 03 indicam que, provavelmente, há maior tendência de aceitação da população residente nos bairros da Várzea, Engenho do Meio e Torrões, no sentido do HC/UFPE atender através de plano próprio e também da utilização desse plano, devido à proximidade dos mesmos ao Hospital e também porque não há, ao redor, outro hospital público que dê suporte à população.

No que se refere à análise da distribuição dos planos de saúde particulares distribuídos por bairros, observa-se que os planos de saúde que mais são usados pela população circunvizinha ao HC/UFPE são, em ordem de prioridade, UNIMED (7%), ADMED (5%) e SUL AMÉRICA (3%). Vale ressaltar ainda que a UFPE adota como seu plano empresarial o plano de saúde SUL AMÉRICA, e sendo assim, grande parte dos professores e técnicos administrativos são filiados a ele. Portanto, caso a administração do

HC/UFPE decidisse implementar essa mudança, esses três planos, a princípio, seriam estratégicos como parceiros potenciais.

Sendo assim, pode-se afirmar, que, ratificando as conclusões já formuladas, a segmentação por bairros não trouxe grandes alterações entre os índices de correlações apresentados anteriormente. De fato, a aceitação de mudanças propostas por esse estudo se fez presente por toda a população circunvizinha ao HC/UFPE. Finalizando a explicação, não foram encontradas correlações significativas entre os dados demográficos e as variáveis que estão em questão.

Encerrando este capítulo, pode-se concluir, conforme foi observado na exposição dos resultados anteriores, que todos os segmentos pesquisados foram favoráveis ao fato de que o HC/UFPE atendesse através de convênios particulares e /ou públicos de saúde, sem ser o SUS, como forma de aumentar o ingresso de receitas. Desta forma, dá-se procedimento a esse estudo através da construção de cenários financeiros em que se busque averiguar até que ponto essa proposta levantada traria um incremento financeiro para o hospital.

6

Construção dos cenários financeiros

Este capítulo corresponde à execução da etapa três da Metodologia de Pesquisa, e tem por finalidade responder as perguntas de pesquisas números 02 e 03.

Essa última etapa, consiste no aprofundamento dos estudos através da análise do quadro financeiro do HC/UFPE, no sentido de realizar uma projeção de cenários sobre o nível de cobertura financeira que a receita oriunda da disponibilização dos 50 leitos poderá trazer para o hospital, bem como realizar um estudo de quais seriam as outras áreas, além da internação, que poderiam ser utilizadas para promover um incremento da receita.

Por orientação dos profissionais que trabalham no Serviço de Contas Médicas do HC/UFPE, e com a finalidade de tornar esse estudo mais detalhado, os procedimentos hospitalares realizados no HC/UFPE foram divididos em duas áreas consideradas relevantes: obstetrícia e cirurgia.

Salienta-se ainda que a escolha por essas áreas foi também influenciada pelo fato de que elas respondem por um grande número de consultas no hospital (quadro 6.1), e os seus procedimentos, por serem mais generalistas, podem ser utilizados por uma quantidade maior de pessoas.

Áreas mais específicas tornam a utilização dos serviços médico-hospitalares mais restrita a uma determinada clientela, e, desse modo, a demanda torna-se mais reduzida. Além disso, quanto mais complexa é a patologia, maior é o tempo de internação

do paciente no hospital (além de normalmente apresentarem um maior custo para a instituição). O ideal é que, inicialmente, os leitos disponibilizados pelo HC/UFPE para atendimentos a convênios com a iniciativa privada sejam ocupados por pacientes que apresentem uma média de permanência de, no máximo, três dias, para que possa haver uma rotatividade maior de pacientes e, desta forma, propicie uma geração maior de recursos.

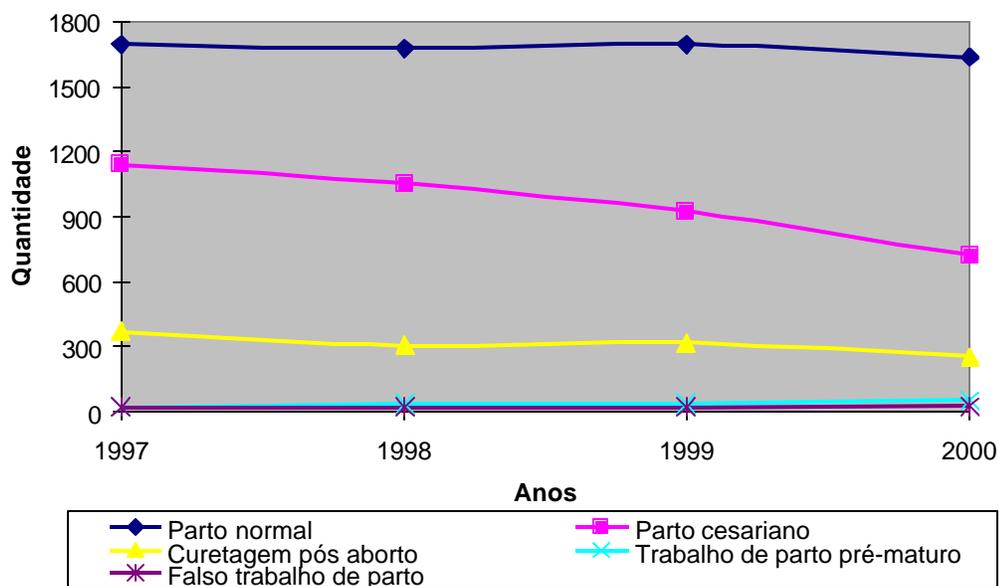
A seguir, verificou-se dentro das áreas de obstetrícia e cirurgia quais foram os cinco procedimentos mais realizados durante os anos de 1997 a 2000. Os resultados podem ser conferidos no quadro 6.1, e gráficos 6.1 e 6.2, a seguir:

Quadro 6.1 Procedimentos hospitalares mais realizados pelo HC/UFPE entre os anos de 1997 a 2000

Código	Área/Procedimentos	1997	1998	1999	2000	Quantidade Total	Média anual
	Obstetrícia						
3502101-2	Parto normal	1696	1677	1695	1637	6705	1676
3502201-9	Parto cesariano	1143	1055	924	723	3845	961
3501401-6	Curetagem pós aborto	369	306	318	255	1248	312
6900020-4	Trabalho de parto pré-maturo	23	39	39	51	152	38
6900010-7	Falso trabalho de parto	26	22	25	28	101	25
	Cirurgia (Ginecologia e Cirurgia Geral)						
3300408-0	Colecistectomia	197	144	179	153	673	168
3301111-7	Herniorrafia inguinal (unilateral)	209	170	125	166	670	168
3401003-3	Histerectomia total	102	121	72	53	348	87
3301611-9	Laparotomia exploradora	81	84	99	71	335	84
3301511-2	Herniorrafia umbilical	74	58	89	72	293	73

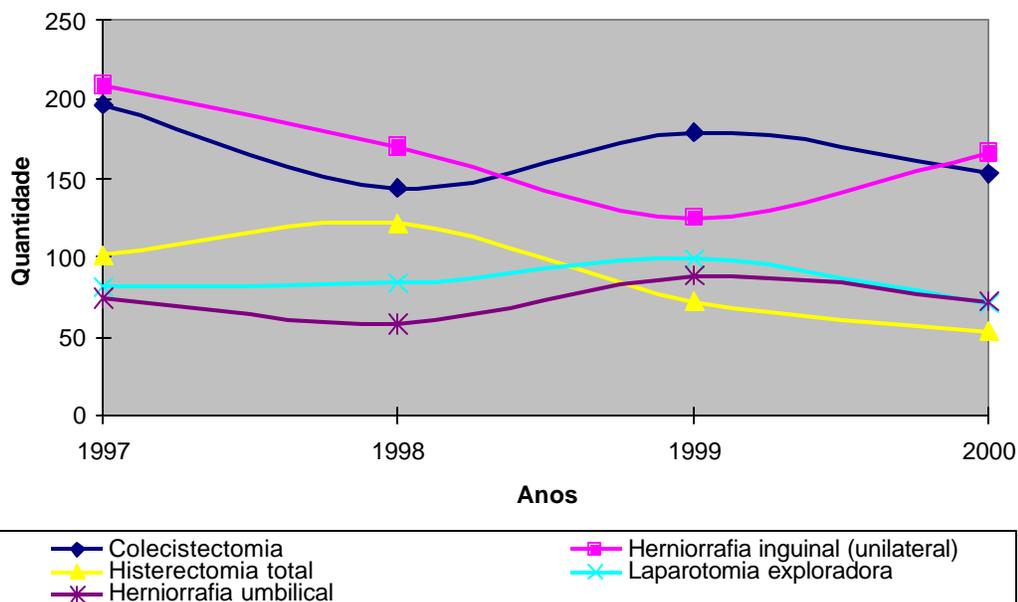
Fonte: Serviço de contas médicas do HC/UFPE.

Gráfico 6.1 Evolução dos procedimentos obstétricos mais realizados pelo HC/UFPE entre 1997 a 2000



Fonte: Serviço de contas médicas do HC/UFPE.

Gráfico 6.2 Evolução dos procedimentos de ginecologia e cirurgia geral mais realizados pelo HC/UFPE entre 1997 a 2000



Fonte: Serviço de contas médicas do HC/UFPE.

Para se construir os cenários financeiros pesquisou-se quanto o SUS remunera o Hospital das Clínicas por cada um desses procedimentos²². Os valores foram retirados a partir da Tabela de Procedimentos de Internação, fornecida pelo Serviço de Contas Médicas do HC/UFPE, e que correspondem a um “pacote” englobando o uso dos seguintes materiais e serviços:

- Diárias;
- Medicamentos;
- Taxa de sala;
- Uso de oxigênio, e
- Uso de descartáveis.

Posteriormente, procurou-se verificar em quanto os convênios públicos e/ou privados, sem ser o SUS, remuneram os hospitais particulares pelos mesmos serviços realizados²³. A idéia é verificar qual o grau de defasagem desses pagamentos, uma vez que a tabela SUS não sofre atualizações desde 1995²⁴.

A fim de construir a base de cálculo dos procedimentos, foram consultadas as seguintes tabelas de remuneração de convênios particulares:

- GREMES: Grupo de empresas de auto-gestão em saúde,
- CASSI DO BRASIL;
- Sul América Saúde;

Os hospitais que forneceram as informações sobre as contas médicas dos procedimentos realizados foram, respectivamente:

- Hospital Jaime da Fonte (Recife/PE)
- Hospital do Câncer de Pernambuco (Recife/PE)
- Clínica e Maternidade Santa Lúcia (Recife/PE)

Esses hospitais não foram escolhidos de forma aleatória, e sim baseado-se na facilidade de acesso de coleta dos dados. Entretanto, as tabelas que foram consultadas são utilizadas pela grande maioria dos hospitais da Região Metropolitana do Recife, correspondendo, portanto, à realidade do mercado.

Os resultados encontram-se no quadro 6.2, a seguir:

Quadro 6.2 Comparativo de remuneração de procedimentos médico-hospitalares no ano de 2001

Área/Procedimentos	Qtd Média anual (A)	Remuneração SUS - R\$ (B)	Remuneração Convênios R\$ (C)	Recebimento SUS - R\$ D=(A x B)	Recebimento Convênios-R\$ E=(A x C)	Diferença (R\$) (D-E)	Diferença (%) (C/B)
Obstetrícia							
Parto normal	1.676	205,00	500,00	343.580,00	838.000,00	494.420,00	143,90%
Parto cesariano	961	337,00	800,00	323.857,00	768.800,00	444.943,00	137,39%
Curetagem pós aborto	312	84,83	300,00	26.466,96	93.600,00	67.133,04	253,65%
Trabalho de parto pré-maturo (*)	38	62,60	500,00	2.378,80	19.000,00	16.621,20	698,72%
Falso trabalho de parto	25	61,01	250,00	1.525,25	6.250,00	4.724,75	309,77%
Cirurgia (Ginecologia e Cirurgia Geral)							
Colecistectomia	168	405,04	1.550,00	68.046,72	260.400,00	192.353,28	282,68%
Herniorrafia inguinal (unilateral)	168	246,57	680,00	41.423,76	114.240,00	72.816,24	175,78%
Histerectomia total	87	327,13	1.250,00	28.460,31	108.750,00	80.289,69	282,11%
Laparotomia exploradora	84	340,45	1.000,00	28.597,80	84.000,00	55.402,20	193,73%
Herniorrafia umbilical	73	243,52	556,00	17.776,96	40.588,00	22.811,04	128,32%
TOTAL GERAL				882.113,56	2.333.628,00	1.451.514,44	

Fonte: Serviço de Contas Médicas do Hospital das Clínicas da UFPE e de demais hospitais particulares que participaram desta pesquisa²⁵.

(*) Esse procedimento apresenta algumas peculiaridades. A remuneração dos convênios particulares não pode ser calculada com precisão, pois pode haver complicações decorrentes do recém nascido prematuro, o que tende a gerar aumento na conta do paciente.

Os procedimentos descritos acima são realizados por três áreas clínicas no HC/UFPE: obstetrícia, ginecologia e cirurgia geral. Juntas contabilizam 85 leitos que são ocupados para atender a qualquer tipo de enfermidade que esteja relacionada à área de atuação da clínica.

Caso o HC/UFPE disponibilizasse esses 85 leitos apenas para o tratamento dos procedimentos destacados no quadro 6.2, e essas contas fossem pagas pela iniciativa privada através de convênios públicos e/ou particulares sem ser o SUS, receberia um incremento financeiro na ordem de R\$1.451.514,44/ano, ou aproximadamente R\$ 121.000,00/mês (receita bruta, sem considerar os custos).

Para se chegar ao valor que o Hospital das Clínicas receberia caso ele disponibilizasse os 50 leitos para a iniciativa privada, coletaram-se informações sobre a média de permanência (MP) dos pacientes em cada um dos procedimentos supracitados. Os resultados podem ser conferidos no quadro 6.3, a seguir:

Quadro 6.3 Demonstrativo das médias de permanência por procedimento, no ano de 2001

Área/Procedimentos	MP - SUS (dias)	MP – Particular (dias)
Obstetrícia		
Parto normal	2	2
Parto cesariano	3	3
Curetagem pós aborto	1	1
Trabalho de parto pré-maturo	3	3
Falso trabalho de parto	3	2
Cirurgia (Ginecologia e Cirurgia Geral)		
Colecistectomia	3	3
Herniorrafia inguinal (unilateral)	2	2
Histerectomia total	4	3
Laparotomia exploradora	5	3
Herniorrafia umbilical	2	2
TOTAL GERAL		

Fonte: Serviço de Contas Médicas do Hospital das Clínicas da UFPE (Tabela de Procedimentos de Internação – SUS) e de demais hospitais particulares que participaram desta pesquisa²⁶.

Esclarece-se ainda que essa média de permanência pode variar, caso haja alguma complicação no diagnóstico do paciente internado. Entretanto, o “pacote” oferecido pelo SUS remunera os procedimentos hospitalares por uma média de permanência já estipulada. Caso a conta médica de um paciente ultrapasse essa quantia, o SUS glosa a diferença, e desta forma cria-se um quebra-cabeça para o hospital, que consiste em equacionar a necessidade de permanência do paciente no leito levando-se em consideração o prejuízo financeiro que ele irá contrair. Tome-se, por exemplo, o caso isolado dos procedimentos relativos à área de obstetrícia: acontecem situações onde a mãe recebe alta, mas o recém nascido adquire alguma complicação que necessite ficar por mais tempo no hospital. O que ocorre, na prática, é a permanência da mãe ocupando um leito na maternidade e do filho ocupando um leito em pediatria. A conta da mãe é glosada pelo SUS, visto que ela excedeu a média de permanência estipulada pelo “pacote”. Os motivos para essa prática são diversos. A natureza do atendimento de um hospital universitário, normalmente, é voltada para uma população economicamente menos favorecida, muitas vezes residente em locais muito afastados, e que, simplesmente, não tem para onde ir. Quem acaba pagando a conta são a instituição e os próprios pacientes que recebem cada vez mais tratamentos insuficientes devido à falta de recursos financeiros do hospital.

Por outro lado, verifica-se que a média de permanência dos hospitais pertencentes à rede particular é menor, se comparada com a do SUS. Os fatores responsáveis vão desde uma cultura mercadológica (não é interessante para o hospital reter por muitos dias o paciente no leito; é preferível que haja rotatividade), até a forma de como são tratados os pacientes, o que torna a sua recuperação mais rápida.

Finalmente, procurou-se verificar qual era a taxa de ocupação dos leitos no HC/UFPE referente às áreas de obstetrícia e cirurgia. Esse número é, particularmente, importante, pois mostrará qual o percentual médio de ocupação dos leitos disponíveis. Se

esse valor for muito baixo, (menor que 50%), indica que não há demanda suficiente para expansão dos serviços desejados. Se for acima deste percentual reforça a idéia de aumentar a capacidade dos leitos já existentes. Os resultados estão transcritos no quadro 6.4:

Quadro 6.4 Demonstrativo, por clínica, da média da taxa de ocupação e média de permanência do HC/UFPE, nos meses de Março, Abril e Maio/2001.

Clínica	Quantidade de leitos	Taxa de ocupação(%)	Média de Permanência (dias)
Obstetrícia	42	92,10	4,23
Ginecologia	11	60,27	3,97
Cirurgia geral	32	86,47	6,33
Total	85	(Média) 79,61	(Média) 4,84

Fonte: Serviço de arquivo médico e estatística do HC/UFPE

Observa-se que todas as clínicas possuem uma boa taxa de ocupação (média de 79,61 %) e uma média de permanência de 4,84 dias. A clínica que apresenta maior taxa de ocupação é a de obstetrícia, em virtude da grande demanda por essa especialidade. Aquela que apresentou a maior média de permanência foi a de cirurgia geral, porque que os procedimentos que se realizam nessa área apresentarem maior complexidade. Em virtude disso, essa mesma clínica também detém as maiores remunerações por conta médica, se comparada com as demais.

Para se chegar a um consenso de como distribuir os 50 leitos adicionais que o HC/UFPE pretende disponibilizar para atendimento através de convênios, optou-se por um cálculo de proporção simples, tendo-se como base o quadro já existente (quadro 6.4). A seguir, para se começar a construção dos cenários, foi necessário determinar, em média, quantos leitos seriam ocupados por procedimento. Novamente, recorreu-se a um cálculo de proporções, levando-se em consideração a quantidade de procedimentos médico-hospitalares realizados por área clínica (quadro 6.2). Sendo assim, temos os seguintes quadros:

Quadro 6.5 Demonstrativo da ampliação dos leitos no HC/UFPE, no ano de 2001

Clínica	Quantidade de leitos atual	Ampliação
Obstetrícia	42	25
Ginecologia	11	6
Cirurgia geral	32	19
Total	85	50

Fonte: Serviço de arquivo médico e estatística do HC/UFPE

Quadro 6.6 Distribuição dos leitos por procedimentos – HC/UFPE, ano de 2001

Área/Procedimentos	Qtd Média Anual de procedimentos	Distribuição dos leitos por procedimentos
Obstetrícia		
Parto normal	1.676	13
Parto cesariano	961	7
Curetagem pós aborto	312	3
Trabalho de parto pré-maturo (*)	38	1
Falso trabalho de parto	25	1
Total	3.012	25
Cirurgia (Ginecologia e Cirurgia Geral)		
Colecistectomia	168	7
Hemiorrafia inguinal (unilateral)	168	7
Histerectomia total	87	6
Laparotomia exploradora	84	3
Hemiorrafia umbilical	73	2
Total	580	25

Fonte: Serviço de arquivo médico e estatística do HC/UFPE

Ao se efetuar a distribuição dos leitos nas áreas de ginecologia e cirurgia geral, observou-se que, dos procedimentos listados no quadro 6.6, apenas um (histerectomia total) pertence à área de ginecologia. Os demais são enquadrados como sendo procedimentos de cirurgia geral. Sendo assim, ele ficou com os seis leitos pertencentes à área de ginecologia (quadro 6.5) e os 19 leitos restantes de cirurgia geral foram distribuídos normalmente.

Torna-se também importante esclarecer que essa distribuição corresponde a uma projeção de uma situação que pode vir ou não a acontecer. Não há como se determinar, por exemplo, que os 12 leitos disponibilizados para partos normais serão ocupados conforme estabelecido. Os leitos vagos podem ser preenchidos com qualquer tipo de patologia enquadrada na área, e na prática, qualquer procedimento poderá ser realizado.

Entretanto, como era necessário se estabelecer um panorama inicial para se simular uma conjuntura, optou-se pelas situações mais prováveis.

Por outro lado, não se pode apenas considerar o advindo de receitas que esses leitos adicionais trarão para o Hospital. Eles também trarão um aumento dos custos, e esse fator deve ser calculado, ainda que de forma aproximada, para que os cenários se tornem os mais realistas possíveis.

Santos (2000), define *gasto* como sendo “um compromisso assumido por uma empresa para obtenção de um produto ou serviço”.

De acordo com Júnior (2000), uma empresa efetua diversos gastos para a operacionalização de suas atividades, e os custos referem-se aos gastos realizados na produção de bens ou serviços, Ainda segundo o autor, os custos se classificam quanto:

- À unidade do produto (diretos, indiretos, primários e de transformação),
- Ao comportamento em relação ao volume de atividade (fixos, variáveis, semifixos e semivariáveis)
- À controlabilidade (controláveis e não controláveis)
- À base monetária (históricos, históricos corrigidos, correntes, estimados, padrão).

Sendo assim, percebe-se que, dependendo do tipo de análise de custos que se queira fazer, utilizar-se-á uma classificação diferente de custeio que melhor exprima o resultado que se queira alcançar.

Para a análise específica dos custos hospitalares, utilizar-se-á a classificação de Falk (2001), que divide os custos totais em *custos diretos* e *indiretos (overhead)*. Os custos diretos são os que estão clara e diretamente associados ao item em questão, e normalmente, estão sob o controle direto do responsável pelo serviço. Os demais custos podem ser considerados indiretos. Outro dado necessário para a completa análise dos custos seria a introdução do *custo médio, que representa o custo total do procedimento dividido pelo número de pacientes atendidos ou previstos*.

Falk (op cit) também divide os custos totais *fixos, variáveis e marginais*. O primeiro grupo seria composto dos custos que não estão relacionados com o volume de atendimento e os custos variáveis, ao contrário, estariam íntima e diretamente relacionados com o volume de pacientes. O custo marginal é definido como a mudança nos custos totais relacionados com uma mudança em volume de pacientes atendidos ou em serviços/atividades prestados, e inclui tanto o aumento dos custos variáveis como qualquer custo fixo adicional ocorrido devido à ultrapassagem do limite relevante dos custos fixos.

Finalmente, ainda segundo Falk (op cit), a análise de custos hospitalares (ou para qualquer outra Unidade de Saúde) nunca será perfeita devido ao tipo de cliente atendido, que difere seja por conta do gênero, idade ou devido à resistência física e emocional de cada um, apresentando custos variáveis diferentes com base na quantidade de serviços/atividades necessários para a recuperação total da saúde.

Esse estudo coletou informações do Serviço de Custos do HC/UFPE, no sentido de se verificar quanto custaria em média manter um leito/dia em cada uma das áreas selecionadas (obstetrícia, ginecologia e cirurgia geral). A seguir, com base nesses números,

calculou-se quanto seria o custo médio gerado pela estrutura dos 50 leitos adicionais do hospital. Os resultados estão evidenciados no quadro 6.7, logo a seguir.

**Quadro 6.7 Demonstrativo dos custos médios por área
HC/UFPE – 2001 (Cenário 01)**

Área	Quantidade de leitos a serem disponibilizados	Custo médio por paciente	Projeção do número de pacientes atendidos	Custo médio por área
Obstetrícia	25	R\$ 346,53	350	R\$ 121.285,50
Cirurgia Geral	19	R\$ 642,88	204	R\$ 131.147,52
Ginecologia	6	R\$ 426,22	52	R\$ 22.163,44
Total	50		606	R\$274.596,46

Fonte: Dados levantados pela pesquisa em tela

Obs: O quadro completo encontra-se nos anexos

Observa-se ainda que, para se chegar aos custos expostos no quadro 6.7, algumas alterações com relação aos dados originais foram feitas.

Um sistema de custos de um hospital é construído tendo como base dois importantes fatores: a taxa de ocupação e a média de permanência. Quanto maior for a taxa de ocupação, maior será o percentual de ocupação dos leitos, que, conseqüentemente, trará uma diluição dos custos fixos. Por outro lado, a média de permanência representa a quantidade de dias que o paciente permanece ocupando um leito. Neste caso, quanto menor for esse número, melhor para a instituição, pois tem-se uma maior rotatividade dos leitos e conseqüentemente um maior número de altas que produzirão um maior número de faturas no mesmo período. Atualmente o HC/UFPE possui uma média de permanência na obstetrícia de aproximadamente quatro dias. Para o cálculo dos custos desse primeiro cenário adotou-se uma média menor, de dois dias, que é o padrão dos hospitais particulares. Procedimento análogo foi utilizado para a clínica cirúrgica, cuja média de permanência adotada foi de três, ao invés dos atuais seis dias, e para a ginecologia, que passou de quatro para três dias. Os percentuais das taxas de ocupação não sofreram nenhum ajuste, e são os mesmos apresentados pelo hospital. O cenário final pode ser observado no quadro 6.8, a seguir.

Quadro 6.8 Cenário 01 - Quadro comparativo de remuneração de procedimentos médico-hospitalares HC/UFPE, no ano de 2001.

Área/Procedimentos	Taxa de Ocupação (*)	Qtd de leitos (ampliação)	Média de Permanência (dias)	Número Paciente/dia	Número Pacientes Atendidos	Remuneração Convênios P/ proced. (R\$)	Recebimento Convênios (R\$)
Obstetrícia							
Parto normal	92,10%	13	2	359	180	500,00	90.000,00
Parto cesariano	92,10%	7	3	193	64	800,00	51.200,00
Curetagem pós aborto	92,10%	3	1	83	83	300,00	24.900,00
Trabalho de parto pré-maturo	92,10%	1	3	28	9	500,00	4.500,00
Falso trabalho de parto	92,10%	1	2	28	14	250,00	3.500,00
Sub total	-	25		691	350	-	174.100,00
(-) Custo Estimado							121.285,50
Receita Líquida (1)							52.814,50
Cirurgia (Ginecologia e Cirurgia Geral)							
Colecistectomia (C. Geral)	86,47%	7	3	182	61	1.550,00	94.550,00
Herniorrafia inguinal - unilateral (C. Geral)	86,47%	7	2	182	91	680,00	61.880,00
Histerectomia total (Ginecologia)	86,47%	6	3	156	52	1.250,00	65.000,00
Laparotomia exploradora (C Geral)	86,47%	3	3	78	26	1.000,00	26.000,00
Herniorrafia umbilical (C Geral)	86,47%	2	2	52	26	556,00	14.456,00
Sub total	-	25	-	650	256	-	261.886,00
(-) Custo Estimado							153.310,96
Receita Líquida (2)							108.575,04
Receita Líquida Total (1+2)	-	50	-	1.341	606	-	161.389,54

Fontes: Serviço de Contas Médicas do Hospital das Clínicas da UFPE, demais hospitais particulares que participaram desta pesquisa²⁷ e dados levantados pela pesquisa em tela.

(*) A taxa de ocupação adotada para a obstetrícia foi a mesma da cirurgia geral (86,47%).

O cenário 01 apresenta uma situação estabelecida com base em parâmetros calculados de acordo com taxa de ocupação média atual, acrescida de 50 novos leitos e com as alterações sobre a média de permanência já citada anteriormente.

Sendo assim, caso essa situação se concretizasse, o HC/UFPE poderia gerar um montante de *recursos adicionais líquidos* na ordem de **aproximadamente R\$ 161.389,54 mensais com a disponibilização de cerca de 10% dos leitos para a iniciativa privada.**

Considerando-se que durante todo o ano de 2000 o hospital arrecadou (receita MEC e SUS) R\$ 36.675.528,000, ou aproximadamente R\$ 3.000.000,00/mês, esse incremento suplementar corresponde ao equivalente a 5% dessa quantia. **Por outro lado, levando-se consideração apenas a receita SUS recebida, esse percentual mensal sobe para cerca de 13%, que se comparados com a média nacional (1,5%), representa uma situação bastante favorável.** A título de comentário adicional, cita-se a experiência do Hospital das Clínicas da Universidade de Federal do Rio Grande do Sul que, ao disponibilizar de 10% dos seus leitos para a iniciativa privada, conseguiu obter um percentual de recursos suplementares que representam aproximadamente 20% de todo o seu faturamento.

O atual déficit financeiro do hospital é na ordem de R\$ 1.700.000,00²⁸. Os recursos advindos dos leitos disponibilizados para o atendimento a convênios poderiam amortizar esse déficit e gerar uma flexibilidade financeira para a instituição que, se convenientemente administrados, trariam muitos benefícios.

Caso o HC/UFPE revertsse totalmente esse recurso adicional para a cobertura do seu passivo, seria liquidado em aproximadamente dez meses. A partir de então, *caso novas dívidas não fossem geradas*²⁹, essa receita entraria livre para o hospital.

Após a construção desse primeiro cenário, propõe-se uma segunda opção, utilizando-se as mesmas taxas de ocupação anteriores e as atuais médias de permanências existentes no HC/UFPE (quatro dias para a obstetrícia, seis dias para a clínica cirúrgica e quatro dias para a ginecologia). Ao se proceder essa alteração, irá se visualizar-se-ia que o número de pacientes/dia não fora modificado, pois o percentual da taxa de ocupação permaneceu constante. **Entretanto, em virtude do aumento da média de permanência, ter-se-á uma diminuição na quantidade de pacientes atendidos, o que acarretará aumento no custo médio por paciente.**

**Quadro 6.9 Demonstrativo dos custos médios por área
HC/UFPE – 2001 (Cenário 02)**

Área	Quantidade de leitos a serem disponibilizados	Custo médio por paciente	Projeção do número de pacientes atendidos	Custo médio por área
Obstetrícia	25	R\$ 592,44	173	R\$ 102.492,12
Cirurgia Geral	19	R\$ 993,43	82	R\$ 81.461,26
Ginecologia	6	R\$ 481,49	39	R\$ 18.778,11
Total	50		294	R\$202.731,49

Fonte: Dados levantados pela pesquisa em tela

Obs: Os quadros completos encontram-se nos anexos

Quadro 6.10 Cenário 02 - Quadro comparativo de remuneração de procedimentos médico-hospitalares HC/UFPE, no ano de 2001.

Área/Procedimentos	Taxa de Ocupação (*)	Qtd de leitos (ampliação)	Média de Permanência (dias)	Número Paciente/dia	Número	Remuneração Convênios P/ proced.	Recebimento Convênios-R\$
					Pacientes Atendidos		
Obstetrícia							
Parto normal	92,10%	13	4	359	90	500,00	45.000,00
Parto cesariano	92,10%	7	4	193	48	800,00	38.400,00
Curetagem pós aborto	92,10%	3	4	83	21	300,00	6.300,00
Trabalho de parto pré-maturo	92,10%	1	4	28	7	500,00	3.500,00
Falso trabalho de parto	92,10%	1	4	28	7	250,00	1.750,00
Sub total	-	25	-	691	173	-	94.950,00
(-) Custo Estimado							102.492,12
Receita Líquida (1)							(7.542,12)
Cirurgia (Ginecologia e Cirurgia Geral)							
Colecistectomia (C. Geral)	86,47%	7	6	182	30	1.550,00	46.500,00
Herniorrafia inguinal - unilateral (C. Geral)	86,47%	7	6	182	30	680,00	20.400,00
Histerectomia total (Ginecologia)	86,47%	6	4	156	39	1.250,00	48.750,00
Laparotomia exploradora (C Geral)	86,47%	3	6	78	13	1.000,00	13.000,00
Herniorrafia umbilical (C Geral)	86,47%	2	6	52	9	556,00	5.004,00
Sub total	-	25	-	650	121	-	133.654,00
(-) Custo Estimado							100.239,37
Receita Líquida (2)							33.414,63
Receita Líquida Total (1+2)	-	50	-	1.341	294	-	25.872,51

Fontes: Serviço de Contas Médicas do Hospital das Clínicas da UFPE, demais hospitais particulares que participaram desta pesquisa³⁰ e dados levantados pela pesquisa em tela.

(*) A taxa de ocupação adotada para a obstetrícia foi a mesma da cirurgia geral (86,47%).

Como se pode observar, uma elevada média de permanência hospitalar além de trazer um aumento nos custos médios por paciente, provoca uma diminuição da receita, pois o hospital terá menos pacientes atendidos. Desta forma, o resultado final torna-se duplamente desastroso para a instituição.

Os números do quadro 6.10 mostram que um aumento na média de permanência de 50% causa uma queda na receita líquida na ordem de aproximadamente 83,97%. O cenário 02 revela que, nas condições propostas, os recursos gerados através da disponibilização dos 50 leitos para a iniciativa privada somam aproximadamente R\$ 25.872,51/mês. Essa quantia representa cerca de 0,86% da receita total do hospital (receita MEC e SUS) e levando -se em consideração apenas à receita SUS ter-se-á um percentual de aproximadamente 2%. Entretanto, esse valor torna-se praticamente irrelevante se comparado às necessidades financeiras do HC/UFPE.

A terceira possibilidade que se utilizou para a construção dos cenários financeiros foi à utilização de uma taxa de ocupação que representasse a realidade média do mercado hospitalar na rede privada³¹. Esse percentual é menor que o alcançado pela rede pública, e oscila em torno de 65%. Os valores empregados para o cálculo da média de permanência da obstetrícia foram de 02 dias, e para a ginecologia e clínica cirúrgica, 3 dias (valores médios de cada área). Os resultados podem ser conferidos no quadro 6.11.

**Quadro 6.11 Demonstrativo dos custos médios por área
HC/UFPE – 2001 (Cenário 03)**

Área	Quantidade de leitos a serem disponibilizados	Custo médio por paciente	Projeção do número de pacientes atendidos	Custo médio por área
Obstetrícia	25	R\$ 443,78	244	R\$ 108.282,32
Cirurgia Geral	19	R\$ 695,80	125	R\$ 86.975,00
Ginecologia	6	R\$ 550,08	39	R\$ 21.453,12
Total	50		408	R\$216.710,44

Fonte: Dados levantados pela pesquisa em tela.

Obs: Os quadros completos encontram-se nos anexos

Quadro 6.12 Cenário 03 - Quadro comparativo de remuneração de procedimentos médico-hospitalares HC/UFPE, no ano de 2001.

Área/Procedimentos	Taxa de Ocupação (*)	Qtd de leitos (ampliação)	Média de Permanência (dias)	Número Paciente/dia	Número	Remuneração Convênios P/ proced.	Recebimento Convênios-R \$
					Pacientes Atendidos		
Obstetrícia							
Parto normal	65,00%	13	2	254	127	500,00	63.500,00
Parto cesariano	65,00%	7	2	137	68	800,00	54.400,00
Curetagem pós aborto	65,00%	3	2	59	29	300,00	8.700,00
Trabalho de parto pré-maturo	65,00%	1	2	20	10	500,00	5.000,00
Falso trabalho de parto	65,00%	1	2	20	10	250,00	2.500,00
Sub total	-	25	-	490	244	-	134.100,00
(-) Custo Estimado							108.282,32
Receita Líquida (1)							25.817,68
Cirurgia (Ginecologia e Cirurgia Geral)							
Colecistectomia (C. Geral)	65,00%	7	3	137	46	1.550,00	71.300,00
Herniorrafia inguinal - unilateral (C. Geral)	65,00%	7	3	137	46	680,00	31.280,00
Histerectomia total (Ginecologia)	65,00%	6	3	117	39	1.250,00	48.750,00
Laparotomia exploradora (C Geral)	65,00%	3	3	59	20	1.000,00	20.000,00
Herniorrafia umbilical (C Geral)	65,00%	2	3	39	13	556,00	7.228,00
Sub total	-	25	-	489	164	-	178.558,00
(-) Custo Estimado							108.428,12
Receita Líquida (2)							70.129,88
Receita Líquida Total (1+2)	-	50	-	979	408	-	95.947,56

Fontes: Serviço de Contas Médicas do Hospital das Clínicas da UFPE, demais hospitais particulares que participaram desta pesquisa³² e dados levantados pela pesquisa em tela.

Se for feita uma comparação entre resultados dos cenários 02 e 03, observar-se-á que uma queda na taxa de ocupação traria reflexos menos danosos para os custos que um aumento na média de permanência hospitalar.

Ao se empregar a taxa de ocupação e a média de permanência correspondentes às utilizadas pelo mercado privado, observa-se que o hospital pode gerar um incremento de aproximadamente R\$ 95.947,56/mês. Essa receita líquida mensal corresponde à cerca de 3% da receita total recebida pelo HC/UFPE (receita MEC e SUS), ou, se for comparar apenas com a receita SUS, esse percentual sobe para aproximadamente 7,5%. Com esse cenário, observa-se uma situação bastante favorável para o HC/UFPE. Novamente, nesse caso, sugestiona-se que a administração do hospital poderia liquidar o seu passivo ou então partir para novos investimentos.

No primeiro caso, ela poderia reverter totalmente à situação deficitária em aproximadamente dezoito meses ³³, e a partir de então, a instituição poderia contar com essa receita entrando de forma descomprometida para administrá-la da melhor forma.

Como uma quarta opção de construção de cenários optou-se por conciliar a taxa de ocupação encontrada no mercado privado e a média de permanência observada no setor público. Os resultados podem ser conferidos no quadro 6.13, a seguir:

**Quadro 6.13 Demonstrativo dos custos médios por área
HC/UFPE – 2001 (Cenário 04)**

Área	Quantidade de leitos a serem disponibilizados	Custo médio por paciente	Projeção do número de pacientes atendidos	Custo médio por área
Obstetrícia	25	R\$ 745,88	123	R\$ 91.743,24
Cirurgia Geral	19	R\$ 1.159,20	63	R\$ 73.029,60
Ginecologia	6	R\$ 665,74	29	R\$ 19.306,46
Total	50		215	R\$184.079,30

Fonte: Dados levantados pela pesquisa em tela

Obs: Os quadros completos encontram-se nos anexos

Quadro 6.14 Cenário 04 - Quadro comparativo de remuneração de procedimentos médico-hospitalares HC/UFPE, no ano de 2001

Área/Procedimentos	Taxa de Ocupação (*)	Qtd de leitos (ampliação)	Média de Permanência (dias)	Número Paciente/dia	Número Pacientes Atendidos	Remuneração Convênios P/ proced.	Recebimento Convênios – R\$
Obstetrícia							
Parto normal	65,00%	13	4	254	64	500,00	32.000,00
Parto cesariano	65,00%	7	4	137	34	800,00	27.200,00
Curetagem pós aborto	65,00%	3	4	59	15	300,00	4.500,00
Trabalho de parto pré-maturo	65,00%	1	4	20	5	500,00	2.500,00
Falso trabalho de parto	65,00%	1	4	20	5	250,00	1.250,00
Sub total	-	25	-	490	123	-	67.450,00
(-) Custo Estimado							91.743,24
Receita Líquida (1)							(24.293,24)
Cirurgia (Ginecologia e Cirurgia Geral)							
Colecistectomia (C. Geral)	65,00%	7	6	137	23	1.550,00	35.650,00
Herniorrafia inguinal - unilateral (C. Geral)	65,00%	7	6	137	23	680,00	15.640,00
Histectomia total (Ginecologia)	65,00%	6	4	117	29	1.250,00	36.562,50
Laparotomia exploradora (C Geral)	65,00%	3	6	59	10	1.000,00	9.833,33
Herniorrafia umbilical (C Geral)	65,00%	2	6	39	7	556,00	3.614,00
Sub total	-	25	-	489	92	-	101.299,83
(-) Custo Estimado							92.336,06
Receita Líquida (2)							8.963,77
Receita Líquida Total (1+2)	-	50	-	979	215	-	(15.329,47)

Fontes: Serviço de Contas Médicas do Hospital das Clínicas e da UFPE, demais hospitais particulares que participaram desta pesquisa³⁴ e dados levantados pela pesquisa em tela.

A análise dos números exposta no quadro 6.14 evidencia um prejuízo financeiro para o hospital na ordem de aproximadamente R\$ 15.329,47.

Essa situação deficitária que ora se apresenta não deve ser desconsiderada e a administração ao perceber que esse cenário está se materializando deve partir para a desativação dos leitos ou então buscar diminuir a média de permanência dos pacientes, para que aumente a rotatividade e conseqüentemente gere a diminuição dos custos e o ingresso de novos recursos.

Concluindo-se essa exposição de cenários, apresenta-se um quadro resumo de todos os cenários trabalhados nesse estudo:

Quadro 6.15 Resumo comparativo dos cenários de remuneração de procedimentos médico-hospitalares HC/UFPE, no ano de 2001

Área/Procedimentos	CENÁRIO 1			CENÁRIO 2			CENÁRIO 3			CENÁRIO 4		
	T.O. %	M.P. (dias)	Recebimento Convênios-R\$									
Obstetrícia												
Parto normal	92,10%	2	90.000,00	92,10%	4	45.000,00	65,00%	2	63.500,00	65,00%	4	32.000,00
Parto cesariano	92,10%	3	51.200,00	92,10%	4	38.400,00	65,00%	2	54.400,00	65,00%	4	27.200,00
Curetagem pós aborto	92,10%	1	24.900,00	92,10%	4	6.300,00	65,00%	2	8.700,00	65,00%	4	4.500,00
Trabalho de parto pré-maturo	92,10%	3	4.500,00	92,10%	4	3.500,00	65,00%	2	5.000,00	65,00%	4	2.500,00
Falso trabalho de parto	92,10%	2	3.500,00	92,10%	4	1.750,00	65,00%	2	2.500,00	65,00%	4	1.250,00
Sub total	-	-	174.100,00	-	-	94.950,00	-	-	134.100,00	-	-	67.450,00
(-) Custo Estimado			121.285,50			102.492,12			108.282,32			91.743,24
Receita Líquida (1)			52.814,50			(7.542,12)			25.817,68			(24.293,24)
Cirurgia (Ginecologia e Cirurgia Geral)												
Colecistectomia (C. Geral)	86,47%	3	94.550,00	86,47%	6	46.500,00	65,00%	3	71.300,00	65,00%	6	35.650,00
Herniorrafia inguinal - unilateral (C. Geral)	86,47%	2	61.880,00	86,47%	6	20.400,00	65,00%	3	31.280,00	65,00%	6	15.640,00
Histerectomia total (Ginecologia)	86,47%	3	65.000,00	86,47%	4	48.750,00	65,00%	3	48.750,00	65,00%	4	36.562,50
Laparotomia exploradora (C Geral)	86,47%	3	26.000,00	86,47%	6	13.000,00	65,00%	3	20.000,00	65,00%	6	9.833,33
Herniorrafia umbilical (C Geral)	86,47%	2	14.456,00	86,47%	6	5.004,00	65,00%	3	7.228,00	65,00%	6	3.614,00
Sub total	-	-	261.886,00	-	-	133.654,00	-	-	178.558,00	-	-	101.299,83
(-) Custo Estimado			153.310,96			100.239,37			108.428,12			92.336,06
Receita Líquida (2)			108.575,04			33.414,63			70.129,88			8.963,77
Receita Líquida Total (1+2)	-	-	161.389,54	-	-	25.872,51	-	-	95.947,56	-	-	(15.329,47)

Fontes: Serviço de Contas Médicas do Hospital das Clínicas e da UFPE, demais hospitais particulares que participaram desta pesquisa ³⁵ e dados levantados pela pesquisa em tela.

Mais uma vez, deixa-se claro que esses cenários não são fixos, e que existem inúmeras variáveis que podem alterá-los. Além da taxa de ocupação e da média de permanência já comentadas anteriormente, existem também as quantidades de procedimentos médico-hospitalares que podem acontecer em cada patologia específica. Neste estudo, buscou-se separar apenas os mais comuns, mas podem acontecer outros, não previstos aqui, e que modifiquem os custos hospitalares e os valores a serem recebidos pelos convênios.

O importante é destacar que existe uma razoável viabilidade financeira bem como uma aceitação por parte da comunidade universitária e circunvizinha ao hospital para que sejam celebradas as mudanças propostas por este estudo, ou seja, o HC/UFPE atender através de convênios públicos e privados, sem ser o SUS, como forma de incrementar a captação de recursos.

Como isso será executado, quais serão os impactos que essas mudanças trarão para a instituição, quais são os cuidados que deverão ser tomados na sua implantação, e como deve ser feita a monitoração dos custos e das receitas são temas que requerem estudos mais aprofundados, e que serão alvos de pesquisas futuras.

Complementando esse estudo, serão expostas no próximo capítulo quais foram as sugestões propostas pela comunidade universitária e pela comunidade circunvizinha ao HC/UFPE, no sentido de melhorar o atual quadro financeiro da instituição. Além disso, será feita uma comparação dessas respostas com aquelas fornecidas pelos diretores de hospitais universitários em todo o País, para que se possa fazer um paralelo entre elas.

7

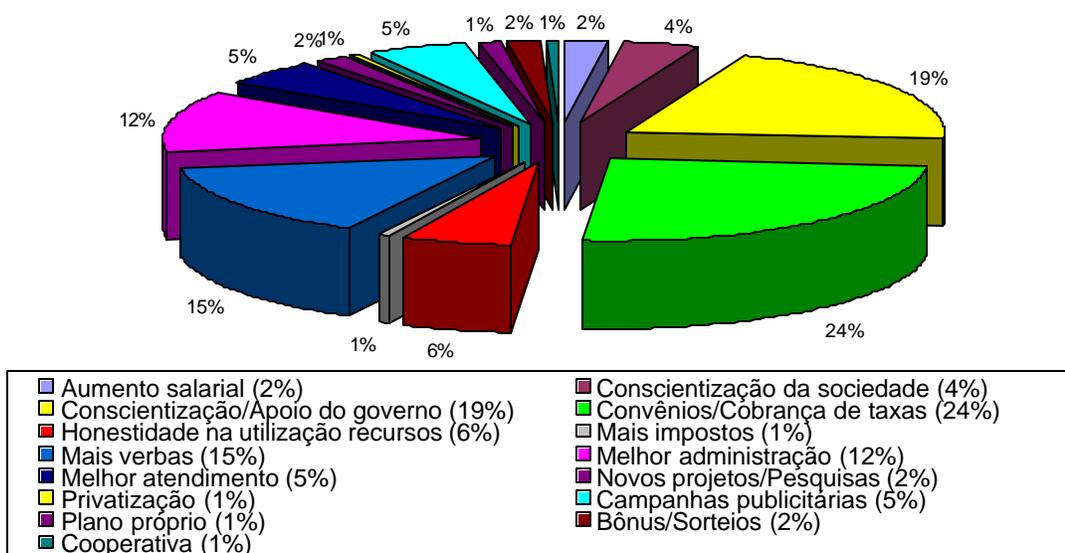
Sugestões Fornecidas e Viabilidade de Implantação

Este capítulo corresponde à execução da última fase da etapa 03 da Metodologia de Pesquisa, visa responder a quarta pergunta de pesquisa e tem como objetivos:

- a) Apresentar as sugestões propostas por todos os entrevistados no sentido de verificar quais seriam as outras alternativas que poderiam melhorar a captação de recursos para o HC/UFPE, além daquelas já propostas nos questionários,
- b) Comparar essas respostas com as apresentadas pelos dirigentes dos principais hospitais universitários do Brasil,
- c) Apresentar as opiniões dos entrevistados sobre quais seriam os outros serviços médico-hospitalares que o HC/UFPE poderia disponibilizar para atendimento,
- d) Comentar sobre a viabilidade de implantação das principais propostas.

Aproximadamente 37% dos entrevistados pertencentes à comunidade universitária da UFPE e 20% da comunidade circunvizinha ao Hospital das Clínicas apresentaram sugestões sobre soluções alternativas para aumentar a captação de recursos no HC/UFPE. Os resultados estão dispostos no gráfico 7.1, a seguir:

Gráfico 7.1 Resumo das sugestões fornecidas pela comunidade universitária e pela população circunvizinha ao HC/UFPE, no ano de 2001.



Fonte: Dados levantados pela pesquisa em tela.

Como se pode observar, na opinião dos entrevistados, a solução mais acertada para que o HC/UFPE possa captar recursos alternativos converge com o objetivo central desse estudo, que é a implantação de convênios com a rede privada de saúde e/ou a cobrança de taxas sobre serviços prestados pelo hospital (24%).

Em segundo lugar, com 19% das respostas, sobressaem-se a conscientização e o apoio do Governo na área da assistência médico-hospitalar, e aliado a essa alternativa, foi citado também maior repasse de verbas (15%). Ou seja, a opinião da grande maioria dos entrevistados converge e clama por um maior apoio do Governo no sentido de realizar ações mais efetivas na área da saúde e assistência médico-hospitalar. Essa opinião se concretiza quando se aponta para o fato de que a maior parte desses entrevistados declararam-se insatisfeitos com os serviços médico-hospitalares prestados pela rede pública de saúde.

Foi também citada pelos entrevistados uma melhor administração do hospital (12%) e também mais honestidade quanto ao uso desses recursos federais por parte dos

dirigentes dessas instituições (6%). A sociedade também seria co-responsável nesse sentido, pois ela atuaria como agente fiscalizador consciente dessa realidade (4%).

As demais soluções passam por uma boa administração do sistema hospitalar (incluindo nesse contexto aumento salarial para os funcionários, melhor atendimento aos pacientes, incentivo à pesquisa, execução de campanhas publicitárias e mutirões, promoção de sorteios, dentre outros) o que, de acordo com as soluções sugeridas, promoveria de uma forma ou de outra, um maior incremento de receita para o hospital. Sabe-se que algumas dessas sugestões podem ser mais facilmente viabilizadas, e que outras dependem de mais recursos financeiros. Não se podem aumentar os salários dos funcionários do hospital, por exemplo, sem uma indicação de qual seria a fonte de recursos que viabilizaria essa ação.

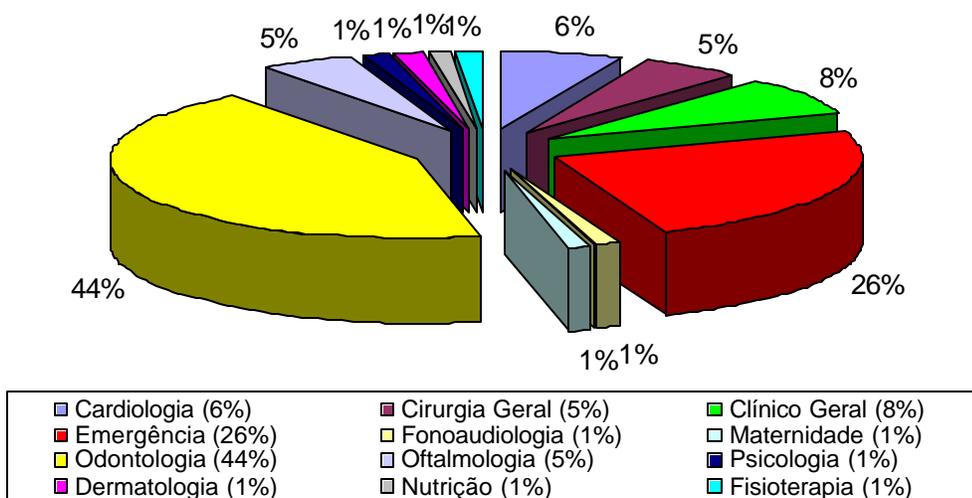
As sugestões propostas pelos diretores dos Hospitais Universitários foram as seguintes (em ordem de prioridade):

- a) Implantações de convênios com o setor privado: 75%
- b) Absorção da folha de pagamento de pessoal terceirizado pelo Ministério da Educação (MEC): 25%
- c) Reajuste dos valores da tabela do SUS: 20%
- d) Aumento do repasse de receitas pelo MEC: 10%
- e) Aumento do teto financeiro: 10%

Novamente, a implantação de convênio com o setor privado surge como sendo a principal alternativa para captação de recursos para os HU's, pois tanto os dirigentes dessas instituições como a comunidade universitária e a população circunvizinha ao Hospital concordam com esse mecanismo.

Com relação aos outros serviços médico-hospitalares que poderiam ser oferecidos pelo HC/UFPE, cerca de 14% dos entrevistados da comunidade universitária e 9% da população circunvizinha destacaram os seguintes:

Gráfico 7.2 Resumo dos serviços médico-hospitalares citados pela comunidade universitária e pela população circunvizinha ao HC/UFPE, no ano de 2001.



Fonte: Dados levantados pela pesquisa em tela

Grande parte dos entrevistados (44%) respondeu que o HC/UFPE poderia oferecer à comunidade serviços de odontologia, seguido pela abertura de serviços de emergência (26%).

Em relação ao serviço de odontologia, informa-se que, atualmente, o HC/UFPE não dispõe de nenhuma infra-estrutura nesse sentido. Essa especialidade está relacionada com o Departamento de Odontologia da UFPE, que não tem nenhuma vinculação com o departamento de Medicina do HC/UFPE, embora ambos sejam relacionados com a área de saúde.

No que se refere ao serviço de emergência, atualmente o hospital não disponibiliza esse tipo de atendimento. Os pacientes só podem desfrutar dos Serviços de Pronto Atendimento (que funciona em caráter de urgência ³⁶) e dos serviços médico-hospitalares na internação e no ambulatório, nas mais diversas patologias. Para que esse serviço seja implantado, diversas variáveis devem ser consideradas, entretanto uma das

mais importante diz respeito ao quantitativo de pessoal suplementar (administrativo e especializado) que o hospital deverá dispor para tal atividade, pois atualmente não há funcionamento para o público no horário noturno e isso teria que ser revisto pela administração. Além disso, seriam necessários mais estudos no sentido de se verificar até que ponto a relação custo x benefício dessas e de outras ações seriam vantajosas para o Hospital.

Os demais itens citados fazem menção a atendimentos nas áreas de *clínica geral* (8%) e serviços específicos, tais como: *cardiologia* (6%), *oftalmologia* (5%) *fonoaudiologia*, *dermatologia*, *nutrição*, *fisioterapia e psicologia* (todos com 1%). Esses serviços que foram sugeridos já existem no hospital, tanto a nível ambulatorial como de internação. Entretanto, isso não descarta a necessidade de maiores estudos nessas áreas, principalmente nas três mais citadas, caso a administração decida-se de forma afirmativa.

Finalmente, os últimos serviços apresentados pelos respondentes são englobados por aqueles já propostos por esta pesquisa, e são respectivamente, *cirurgia geral* (5%) e *maternidade* (1%).

8

Conclusões e Recomendações

Após análise de todos os resultados deste estudo, apresentam-se as seguintes conclusões que visam a responder as perguntas de pesquisas elaboradas no capítulo um desta dissertação. Além disso, são oferecidas também algumas recomendações que complementam a análise do tema.

1. Até que ponto a comunidade universitária e a população circunvizinha ao HC/UFPE são favoráveis ao fato de que o Hospital das Clínicas atenda através de convênios públicos e/ou privados sem ser o SUS, como forma de aumentar a captação de recursos financeiros; quais os serviços e os horários mais aceitáveis?

Verificou-se através dos dados expostos no capítulo cinco desta dissertação, que tanto a comunidade universitária, quanto a população circunvizinha ao HC/UFPE concordam plenamente com essa mudança e também afirmaram que estariam dispostos a utilizar esses serviços através do seu plano de saúde.

Além disso, foi detectado um interesse por parte dos entrevistados em conhecer e utilizar um plano de saúde próprio oferecido pelo Hospital das Clínicas.

As mensalidades a que estariam dispostos a pagar variavam entre R\$ 30,00 (para alunos), R\$ 60,00 (professores e técnicos administrativos) e R\$ 40,00 (comunidade circunvizinha).

Observou-se que os serviços médico-hospitalares mais procurados pelos entrevistados foram: serviços de laboratório de análise clínicas e serviço de imagenologia. No que se refere aos horários mais aceitáveis para atendimento, todas as respostas convergiram para o período da manhã, das 08 às 12 h.

2. Até que ponto a implantação de convênios com a rede pública e/ou particular de saúde, sem ser o SUS, poderá cobrir o atual déficit financeiro do HC/UFPE?

Viu-se, através dos números expostos no capítulo seis, que o atual déficit financeiro do HC/UFPE é na ordem de R\$ 1.700.000,00.

Entretanto, para que as mudanças implantadas tenham o efeito financeiro desejado, a administração do hospital deve manter também um rigoroso controle das despesas, pois um aumento na receita gerada através de novos atendimentos por convênios traz consigo também um incremento nos custos.

Em termos de viabilidade financeira, os cenários 01 e 03 são mais favoráveis ao HC/UFPE, pois são aqueles nos quais se geraram os maiores ingressos de recursos. O cenário 02 mostrou resultados inexpressivos para o hospital e o cenário 04 apresentou prejuízo financeiro para a instituição.

No primeiro caso (cenário 1), utilizaram-se as taxas de ocupação encontradas HC/UFPE e as médias de permanências da iniciativa privada. Com essas variáveis, as receitas adicionais chegaram ao montante de aproximadamente R\$ 161.389,54/mês, e desta forma, o atual déficit da instituição poderia ser quitado em aproximadamente 10 meses.

O segundo caso (cenário 3), utilizaram-se as taxas de ocupação e as médias de permanência da iniciativa privada. Com esses números, gerou-se um montante um pouco menor, em torno de R\$ 95.947,56/mês, o que proporcionaria uma amortização do passivo

do hospital em cerca de 18 meses. Depois desse período a receita entraria líquida para que a administração pudesse fazer dela o melhor uso possível.

Para a construção do cenário 02, foram utilizadas as taxas de ocupação e as médias de permanências do HC/UFPE, e o que se observou foi que os recursos gerados foram muito pequenos frente às necessidades da instituição e giraram em torno de R\$ 25.872,51/mês.

Finalmente, no cenário 04, foram utilizadas as taxas de ocupação da iniciativa privada e a média de permanência do HC/UFPE. Com isso, vislumbrou-se uma situação de prejuízo na ordem de aproximadamente R\$ 15.329,47/mês com a mudança efetuada.

Sendo assim, ratifica-se que a mudança proposta por esse estudo possui uma viabilidade financeira desde que haja um controle efetivo nos custos hospitalares por parte da administração.

3. Os 50 leitos que o HC/UFPE deseja disponibilizar para o atendimento a convênios privados são suficientes para garantir a cobertura total de suas despesas, deixando sobra para investimentos contínuos necessários?

Os 50 leitos que o HC/UFPE deseja disponibilizar para o atendimento a convênios públicos e/ou particulares, sem ser o SUS, podem gerar recursos suplementares para a instituição que permitem uma razoável flexibilidade junto à direção do hospital para tomar medidas no sentido de sanear suas despesas atuais, financiar novos investimentos, viabilizar treinamento de pessoal, proporcionar melhoria das instalações, custear novas pesquisas, dentre outras possibilidades, desde que haja um controle dos custos gerados por esse aumento no atendimento através dos convênios.

4. Além da Internação, quais seriam as outras áreas de implantação que poderiam gerar recursos alternativos?

Pelas respostas expostas no capítulo sete, observou-se que a maior parte dos entrevistados respondeu que o HC/UFPE poderia oferecer serviços de odontologia, seguido pela abertura de serviços de emergência

O primeiro serviço para ser implantado, dependeria de um acordo firmado entre o Reitor da UFPE e o Chefe do Departamento de Odontologia, e o segundo, para se concretizar, dependeria de uma alteração na infra-estrutura atual do Hospital e necessitaria de um investimento muito alto de recursos. Além disso, seriam necessários mais estudos no sentido de se verificar até que ponto a relação custo x benefício dessas e de outras ações seriam vantajosas para a instituição.

Os demais serviços que foram sugeridos podem ser implantados com mais facilidade pelo hospital, visto que já existe uma infra-estrutura anterior. Entretanto isso não descarta a necessidade de maiores estudos nessas áreas citadas, caso a administração se decida de forma afirmativa.

Diante do exposto, percebe-se que há alternativas válidas para solucionar o problema da crise financeira que o Hospital das Clínicas atravessa no momento.

É claro que essas respostas isoladamente não encerram toda a gama de soluções possíveis para a instituição. Além de se procurar fontes alternativas de financiamento, faz-se necessário um esforço para racionalizar os custos e desta forma se potencializarem os resultados.

Além disso, problemas de ordem financeira não ocorrem de forma isolada. Normalmente existem outros, de origens diversas, tais como: de ordem administrativa, operacional, motivacional e estrutural.

Ao se tentar focar apenas uma vertente, desconsiderando as demais, corre-se o risco de perder de vista todo contexto e, dessa forma, o resultado alcançado não seria percebido.

Entretanto, espera-se que este estudo possa servir de base para os administradores hospitalares que estiverem em posição de tomada de decisões em suas intuições. Afinal de contas, torna-se gratificante para um pesquisador observar, na prática, a aplicação de sua obra.

9

Notas

1) De acordo com o site do Ministério da Educação (MEC) <http://www.mec.gov.br/sesu/fies/ies.shtm>, as IFES correspondem a: Universidades, Instituições Isoladas e Centros de Ensino Tecnológicos.

2) Conforme pesquisa atualizada no site do MEC, <http://www.mec.gov.br/sesu/jornal/num03/materias/reequipamento/index.htm>, existem atualmente 47 HU's vinculados as IFES.

3) Fonte: home page do Hospital Universitário Getúlio Vargas - <http://poramoravida.com.br/shop.htm>

4) Fonte: home page do Hospital das Clínicas de Porto Alegre - <http://www.hc.ufpr.br/index.htm>

5) São Paulo. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Instituto do Coração. **Relatório geral de atividades INCOR Hospital das Clínicas - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. São Paulo. 1995, (apostila), apud FERREIRA, Lucinei Paz, BERTANI Iris Fenner. Paciente Conveniado: O novo Cliente do Serviço Social Médico.

6) Levantamento de dados realizado junto aos hospitais em Março de 2001.

7) Déficit acumulado até Outubro de 2001. Fonte: Coordenadoria de Orçamento e Finanças/HC-UFPE.

8) Nos Estados Unidos, existem horários de atendimentos alternativos que vão das 17 às 22 h. (informação verbal citada por Falk, A. James 2000). Caso os convênios privados fossem introduzidos no HC/UFPE, esse horário poderia servir não somente para aqueles que trabalham em horários especiais, como também para melhor utilização dos leitos.

- 9) SALLES FONSECA, Aloysio de. **A Crise da Previdência social no sistema médico-hospitalar brasileiro**. In: Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 3, Brasília, Câmara dos Deputados, 1982. Apud MC GREEVEY, Willian Paul. Política de Financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro: Uma Perspectiva Internacional, 1984.
- 10) FISZBEJN, Élio. **Alternativas de Custeio no Setor Médico Hospitalar**. In: Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 3, Brasília, Câmara dos Deputados, 1982. Apud MC GREEVEY, Willian Paul. Política de Financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro: Uma Perspectiva Internacional, 1984.
- 11) Organização Mundial e Saúde. **UNICEF – Atención Primária de Salud, Alma-Ata (1978)**. Genebra, 1978, 91 pp; apud Novaes, Humberto; Ações integradas nos sistemas locais de saúde, 1990.
- 12) Organização Mundial de Saúde. **Report of the WHO Expert Committe on the Role of Hospitals at the First Referral Level**. WHO/SHS/EC/85/WP/II.A.3.(a). Genebra, 1985^a; apud Novaes, Humberto. Ações integradas nos sistemas locais de saúde, 1990.
- 13) Guerra de Macedo, C. **‘Mensaje Del Director: Hospitales’**. Bol. of Saint. Pan. 102(4):1, 1987b; apud Novaes, Humberto. Ações integradas nos sistemas locais de saúde, 1990.
- 14) São Paulo. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Instituto do Coração. **Relatório geral de atividades INCOR Hospital das Clínicas - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. São Paulo. 1995, (apostila), apud FERREIRA, Lucinei Paz, BERTANI Iris Fenner. Paciente Conveniado: O novo Cliente do Serviço Social Médico.
- 15) Matéria publicada no Jornal Folha de São Paulo do dia 10/11/98
- 16) Dados retirados do Relatório de Atividades do Hospital das Clínicas de Porto Alegre referente ao ano de 2000 ao ano de 2000.
- 17) Fonte: <http://www.mec.gov.br/sesu/jornal/num03/materias/reequipamento/index2.htm>
- 18) Informação verbal fornecida pelo Departamento de Contabilidade e Finanças da UFPE – Setor de Importação, outubro 2001.

19) FALK, James A. Gestão pela qualidade em serviços de saúde: expectativas dos clientes potenciais e percepções de profissionais da área. Anais 22º ENANPAD, Foz do Iguaçu – Paraná, 1998.

20) Informação verbal citada por Falk, A. James, 2000

21) Informação verbal citada pela Procuradoria da Universidade Federal de Pernambuco, Outubro 2001.

22) A tabela de remuneração dos procedimentos do SUS divide esse valor em três partes: uma parte pertence ao profissional da área médica, outra pertence ao hospital e a última é destinada aos serviços e apoio ao diagnóstico e tratamento (SADT). Entretanto, o hospital não repassa para os profissionais da área médica essa quantia, ficando para si todo o reembolso.

23) A maior dificuldade encontrada nessa fase da pesquisa diz respeito ao seguinte: o SUS é um dos poucos convênios que adotam a modalidade de “pacote”. Na grande maioria observada, e mais especificamente, nos convênios pesquisados por estudo, a metodologia usada é diferente. Cobra-se por cada item em separado, e as contas médicas são praticamente individualizadas. Daí ter que recorrer a uma média de mercado.

24) O último ajuste dos valores foi promulgado na portaria nº 2.277 do gabinete do Ministro da Saúde, de 22/11/1995, publicada no DOU em 23/11/1995. Após essa data, foi publicada a portaria nº 2.322, que reajustava os valores de órteses, próteses e materiais especiais do Sistema de Informações Hospitalares.

25) Hospital Jaime da Fonte, Hospital do Câncer de Pernambuco e Clínica e Maternidade Santa Lúcia.

26) Hospital Jaime da Fonte, Hospital do Câncer de Pernambuco e Clínica e Maternidade Santa Lúcia.

27) Hospital Jaime da Fonte, Hospital do Câncer de Pernambuco e Clínica e Maternidade Santa Lúcia.

28) Déficit financeiro acumulado de janeiro a setembro de 2001, levando-se em consideração os pagamentos que foram suspensos (Fonte: Coordenadoria de Orçamento e Finanças – HC/UFPE).

29) Prazo médio estipulado, levando-se em consideração que toda a receita seria revertida para o pagamento de débitos e que o HC/UFPE não contrataria novas dívidas.

30) Hospital Jaime da Fonte, Hospital do Câncer de Pernambuco e Clínica e Maternidade Santa Lúcia.

31) Informação fornecida por profissionais médicos que atuam na área, pertencentes ao Hospital Jaime da Fonte, Hospital do Câncer de Pernambuco e Clínica e Maternidade Santa Lúcia.

32) Hospital Jaime da Fonte, Hospital do Câncer de Pernambuco e Clínica e Maternidade Santa Lúcia.

33) Prazo médio estipulado, levando-se em consideração que toda a receita seria revertida para o pagamento de débitos e que o HC/UFPE não contrataria novas dívidas.

34) Hospital Jaime da Fonte, Hospital do Câncer de Pernambuco e Clínica e Maternidade Santa Lúcia.

35) Hospital Jaime da Fonte, Hospital do Câncer de Pernambuco e Clínica e Maternidade Santa Lúcia.

36) Os serviços de emergência se configuram como sendo aqueles que trabalham com o paciente correndo risco de vida, enquanto que os serviços de urgência são aqueles que necessitam de rapidez no atendimento, mas não há risco de vida para o paciente.

10

Referências bibliográficas

BERNARDES, Bertina. *Acerto pode reduzir cortes no MEC*. Folha se São Paulo, 12 de novembro de 1998, caderno 3, p. 4

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988. 292 p.

_____. Ministério da Administração e Reforma do Estado. *A reforma Administrativa do Sistema da Saúde*. Ministério da Administração e Reforma do Estado. Brasília: MARE, 1998. 33p. (Cadernos MARE de Reforma do Estado; c13).

_____. Ministério da Educação. Banco de Dados da Secretaria de Educação Superior. Disponível em <http://www.mec.gov.br/sesu/fies/ies.shtm>. Acesso em 29 de março de 2001.

_____. Ministério da Educação. Universidade Hoje. Boletim eletrônico. Ano1, n. 3. Nov. 2000. Disponível em:
<http://www.mec.gov.br/sesu/jornal/num03/materias/reequipamento/index.htm>
Acesso em 29 de março de 2001.

CASTELANI, José. *A Falência dos Hospitais de Ensino*. Jornal da Associação Paulista de Medicina, 1996.

CASTELAR, Rosa Maria; MORDELET, Patrik e GRABOIS, Victor. *Gestão Hospitalar: Um desafio para o hospital Brasileiro*. França: Éditions ENSP, 1995.

COHN, Amélia; ELIAS Paulo E. *Saúde no Brasil: Políticas e Organizações de Serviços*. 2. Ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1998.

COUTTOLENC, Bernard F; ZUCCHI, Paola. *Gestão de Recursos Financeiros*, Série Saúde e Cidadania, v. 10. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

CUNHA, Edison. *Planejamento Estratégico em empresas de saúde*. Trevisan, n. 138 ano XII, p. 7-9, 1999.

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

FERREIRA, Lucinei Paz, BERTANI, Íris Fenner. *Paciente conveniado: o novo cliente do serviço social médico*. Revista Serviço Social Hospital das Clínicas Faculdade Medicina Universidade São Paulo – N.1 – 1995, 20-22 pp.

GURGEL, Garibaldi Dantas. *O Hospital das Clínicas da UFPE no contexto da reforma do Estado Brasileiro: uma análise do Programa de Renovação Organizacional* 1999. 150 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Departamento de Administração – Centro de Ciências Sociais Aplicadas – Universidade Federal de Pernambuco.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPA. Desenvolvido pela UFPR <http://www.ufpr.br/> . Apresenta o Relatório de Atividades do HC do ano de 1999 disponibilizado pela Assessoria de Planejamento. Disponível em <http://www.hc.ufpr.br/index.htm> . Acesso em 29 de março de 2001.

_____. Desenvolvido pela UFPR <http://www.ufpr.br/> . Apresenta o Relatório de Atividades do HC do ano de 2000 disponibilizado pela Assessoria de Planejamento. Disponível em <http://www.hc.ufpr.br/index.htm> . Acesso em 30 de outubro de 2001.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS. Desenvolvido pela Nnetium (<http://www.netium.com.br/clientes/default.asp?s=1>). Apresenta diversas informações sobre a instituição. Disponível em <http://www.poramoravida.com.br/> . Acesso em 27 de novembro de 2000.

JORNAL DA ANDIFES. Ano IV n. 14, ago/set, 1999.

JORNAL SESU. Apresenta cronograma de distribuição de recursos. Disponível em <http://mec.gov.br/sesu/jornal/num03/materias/equipamento/index2.htm> Acesso em 15 nov.2000

JÚNIOR, José Barbosa da Silva. *Custos: ferramentas de gestão*. Conselho Regional de Contabilidade do Estado de São Paulo, São Paulo: Atlas, 2000. (Coleção Seminários CRC-SP/IBRACON).

LAKATOS, Eva Maria, MARCONI, Marina Andrade. *Metodologia Científica*. 2 ed. São Paulo,: Atlas, 1991.

_____. *Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos*. 4.ed. São Paulo, Atlas, 1992.

KOHAMA, Hélio. *Balancos públicos: teoria e prática* . São Paulo: Atlas, 1999.

MC GREEVEY, Willian Paul et all. *Política de Financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro: Uma Perspectiva Internacional*, IPEA/IPLAN. Cadernos de estudos para planejamento, 26, 1984.

MEDICI, André Cezar, OLIVEIRA, Francisco E.B. *A Dimensão do Setor Saúde no Brasil*. IPEA Relatório Interno nº 04/92, Agosto 1992.

MUSGROVE, Philip. *Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns*. p. cm – World Bank discussions papers, 339, 1. Medical Care – Finance. I. Title II. Series. RA410. M86. 1996

NEVES, Abílio Beata. *Hospitais Universitários e a SESU*. Jornal da Andifes, v. 4, n. 14, p. 6, ago/set, 1999.

NOVAES, Humberto de Moraes. *Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde – SILOS Análise Conceitual e Apreciações Selecionados na América Latina*, Editora Pioneira, São Paulo, 1990.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. *Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses*. São Paulo: Pioneira, 1997.

PEREIRA FILHO, Carlos Eduardo Ferreira. *A política pública como caixa de pandora: organizações de interesses, processo decisório e efeitos perversos na reforma sanitária brasileira 1985 – 1989*. 1994. Dissertação (Mestrado em Sociologia) Departamento de Ciências Sociais. Centro de Filosofia e Ciências Humanas – Universidade Federal de Pernambuco.

PIOLA, Sérgio Francisco, VIANNA, Sólton Magalhães. *Economia da Saúde: conceitos e contribuições para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA, 1995.

RICHARDSON, Roberto Jarry. *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1989.

RODRIGUES, JoséFilho. *A crise do setor de saúde*. Jornal Folha de São Paulo. 21 de agosto de 1995. Caderno Opinião.

SÁ, Evelin Naked de Castro; RABELO, Maria Celina Guimarães. *Administração por convênios: um instrumento gerencial de políticas*. Revista da Saúde Pública. São Paulo, v.22, n.2, p. 150-8, 1998

SANTOS, Joel J. *Análise de custos: Remodelado com ênfase para custo marginal, relatórios e estudo de casos*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

SELLTIZ, WRIGHTSMAN e COOK. *Métodos de Pesquisas nas Relações Sociais*. São Paulo: EPU, 1987.

SILVA, Lígia Maria Vieira et all. *Algumas características do setor privado de saúde de Salvador, Bahia, Brasil*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 701-9, out/dez, 1997.

SILVIA, Maria Azevedo Roesch. *Projetos de Estágio e de Pesquisa em Administração: guia para estágios, trabalhos de conclusão dissertações e estudos de casos*. São Paulo: Atlas, 1999.

STOLZENBERG, Edward A *Governance change for public hospitals*. Journal of Healthcare Management. Chicago, sep/oct 2000.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1995.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. Hospital das Clínicas. *Novo Modelo Conceitual e Operacional do HC/UFPE*. Recife: Editora Universitária da UFPE, 1997.

YIN, Robert K. *Case Study Research: Design and Methods*. Califórnia: Sage Publications, 1994.

11

Anexos

Questionário 1: enviado por fax e e-mail para os diretores de hospitais universitários vinculados a universidades federais de ensino superior no período de agosto a outubro de 2000.

Identificação do responsável pelas respostas

HOSPITAL:

NOME:

CARGO:

PROFISSÃO:

TEMPO DE EXPERIÊNCIA EM GERÊNCIA HOSPITALAR:

TELEFONE:

E-MAIL:

1. A administração desse Hospital acha viável a implantação de convênios com a rede particular de saúde com o objetivo de promover um incremento na receita?
 SIM NÃO
2. Com relação a 1ª questão, quais seriam as áreas mais apropriadas?
 Internação Ambulatório Laboratório de Análises Clínicas
 Laboratório de Patologia Serviço de Imagenologia
 Outros (Especificar) _____

3. Quais as fontes de recursos que atualmente subsidiam as atividades desse Hospital?

MEC SUS CONVÊNIOS OUTROS

Especificar: _____

4. Qual é a participação de cada receita na formação total dos recursos?

MEC _____% SUS _____% CONVÊNIOS _____% OUTROS _____%

5. As atuais fontes de recursos satisfazem que percentual das necessidades financeiras desse Hospital?

_____%

6. Na sua opinião, qual seria uma fonte alternativa de financiamento viável para aumentar as receitas do seu hospital?

7. Esse Hospital possui um sistema de custos que permita a visualizar o desequilíbrio orçamentário de determinada Unidade?

SIM NÃO

8. Qual a metodologia empregada por esse Hospital para apuração dos custos?

9. Caso sinta a necessidade de algum comentário adicional sinta-se à vontade para fazê-lo:

10. Qual a impressão da gerência desse hospital sobre o impacto do controle de custos como instrumento gerencial em Hospitais Públicos?

Questionário 2: utilizado como instrumento para coletar informações a respeito da opinião da comunidade universitária sobre as mudanças sugeridas no HC/UFPE.



CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE
 Programa de Pós Graduação em Administração – PROPAD A T P
 Curso de Mestrado em Administração

Pesquisa de Opinião Pública
Estudo de Fontes Alternativas Financiamento em Hospitais Universitários:
O caso do HC/UFPE

Dados Demográficos

- 1) Centro/Órgão Suplementar: _____ 2) Depto.: _____ 3) Tempo de UFPE: _____
 4) Idade: _____ 5) Bairro onde mora: _____ 6) Sexo: Masculino Feminino
 7) *Aluno* _____ 8) *Técnico Administrativo* _____ 9) *Professor* _____
 Efetivo Visitante Substituto
 Graduação Mestrado Doutorado
 Curso: _____ Período: _____ Grau de Escolaridade: _____
 10) Casado: Sim Não 11) Quantidade de filhos sob sua responsabilidade: _____
 12) Quantidade de pessoas residentes no domicílio: Até 02 pessoas De 03 a 05 pessoas Mais que 05 pessoas
 13) Renda Familiar: Até R\$ 1.000,00 De R\$ 1.000,00 até R\$ 2.000,00 De R\$ 2.001,00 até R\$ 3.000,00
 De R\$ 3.001,00 até R\$ 4.000,00 De R\$ 4.001,00 até R\$ 5.000,00 Acima de R\$ 5.000,00
 14) Possui plano de saúde: Sim Não Qual: _____

Dados do Questionário

- | | | |
|---|---|---|
| 15) O Sr (a) julga que a Universidade Federal de Pernambuco precisa manter um Hospital Universitário para a formação de profissionais da área de saúde?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 19) O Sr (a) utilizaria os serviços do HC/UFPE através do seu plano de saúde?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 23) Quais os serviços que o Sr (a) gostaria de utilizar no HC/UFPE?
<input type="checkbox"/> Internação
<input type="checkbox"/> Ambulatório
<input type="checkbox"/> Laboratório de análises clínicas
<input type="checkbox"/> Laboratório de patologia
<input type="checkbox"/> Serviço de imagiologia
<input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| 16) O Sr (a) conhece a crise financeira que ocorre nos hospitais universitários?
<input type="checkbox"/> Desconheço totalmente
<input type="checkbox"/> Já ouvi falar do assunto
<input type="checkbox"/> Conheço o assunto em profundidade | 20) Qual a sua opinião sobre a possibilidade do HC/UFPE atender a pacientes através de um plano próprio de saúde?
 1 2 3 4 5
Discordo Concordo | 24) Qual o horário preferível pelo Sr (a) para utilização dos serviços prestados pelo HC/UFPE?
<input type="checkbox"/> Pela manhã (08:00 às 12:00 h)
<input type="checkbox"/> Horário do almoço (12:00 às 14:00 h)
<input type="checkbox"/> Pela Tarde (14:00 às 17:00 h)
<input type="checkbox"/> Após às 17:00 h |
| 17) Qual a sua opinião sobre a qualidade dos serviços médicos/hospitalares prestados pela rede pública de saúde?
1 2 3 4 5
Insatisfatório Satisfatório | 21) O Sr (a) se interessaria em conhecer um plano de saúde oferecido pelo HC/UFPE?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 25) O Sr (a) sugere outra alternativa para melhorar a captação de recursos para o HC/UFPE?
_____ |
| 18) Qual a sua opinião sobre a possibilidade do Hospital das Clínicas da UFPE atender a pacientes conveniados com a rede pública e privada de saúde, sem ser o SUS, como forma de incrementar o financiamento da instituição?
1 2 3 4 5
Discordo Concordo | 22) Até quanto o Sr (a) estaria disposto a pagar mensalmente por um plano de saúde oferecido pelo HC/UFPE? (valor por pessoa)
_____ | |

Questionário 3: utilizado como instrumento para coletar informações a respeito da opinião da comunidade circunvizinha sobre as mudanças sugeridas no HC/UFPE.



CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO

Universidade Federal de Pernambuco –UFPE
Programa de Pós Graduação em Administração – PROPAD
Curso de Mestrado em Administração

FORMULÁRIO

Pesquisa de Opinião Pública
Estudo de Fontes Alternativas Financiamento em Hospitais Universitários:
O caso do HC/UFPE

Dados Demográficos

- 1) Idade: _____ 2) Bairro onde mora: _____ 3) Sexo: Masculino Feminino
- 4) Casado: Sim Não 5) Quantidade de filhos sob sua responsabilidade: _____
- 6) Quantidade de pessoas residentes no domicílio: Até 02 pessoas De 03 a 05 pessoas Mais que 05 pessoas
- 7) Renda Familiar: Até R\$ 1.000,00 De R\$ 1.000,00 até R\$ 2.000,00 De R\$ 2.001,00 até R\$ 3.000,00
 De R\$ 3.001,00 até R\$ 4.000,00 De R\$ 4.001,00 até R\$ 5.000,00 Acima de R\$ 5.000,00
- 8) Possui plano de saúde: Sim Não Qual: _____

Dados do Questionário

<p>9) O Sr (a) acha necessário que a Universidade Federal de Pernambuco precisa manter um Hospital Universitário para a formação de médicos, enfermeiros e etc?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>10) O Sr (a) conhece a dificuldade financeira que os hospitais universitários estão passando?</p> <p><input type="checkbox"/> Desconheço totalmente <input type="checkbox"/> Já ouvi falar do assunto <input type="checkbox"/> Conheço o assunto em profundidade</p> <p>11) Qual a sua opinião sobre a qualidade dos serviços médicos/hospitalares prestados pela rede pública de saúde?</p> <p>1 2 3 4 5 Insatisfatório Satisfatório</p> <p>12) Qual a sua opinião sobre a possibilidade do Hospital das Clínicas da UFPE atender a pacientes conveniados com a rede pública e privada de saúde, sem ser o SUS, como forma de diminuir a dificuldade financeira através da arrecadação de novos recursos?</p> <p>1 2 3 4 5 Discordo Concordo</p>	<p>13) O Sr (a) utilizaria os serviços do HC/UFPE através do seu plano de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>14) Qual a sua opinião sobre a possibilidade do HC/UFPE atender a pacientes através de um plano próprio de saúde?</p> <p>1 2 3 4 5 Discordo Concordo</p> <p>15) O Sr (a) se interessaria em conhecer um plano de saúde oferecido pelo HC/UFPE?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>16) Até quanto o Sr (a) estaria disposto a pagar mensalmente por um plano de saúde oferecido pelo HC/UFPE? (valor por pessoa)</p> <p>_____</p>	<p>17) Caso o Sr (a) precisasse, quais os serviços que o Sr (a) gostaria de utilizar no HC/UFPE?</p> <p><input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Laboratório de análises clínicas <input type="checkbox"/> Laboratório de patologia <input type="checkbox"/> Serviço de imagiologia <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Todos os serviços</p> <p>18) Qual o horário preferível pelo Sr (a) para utilização dos serviços prestados pelo HC/UFPE?</p> <p><input type="checkbox"/> Pela manhã (08:00 às 12:00 h) <input type="checkbox"/> Horário do almoço (12:00 às 14:00 h) <input type="checkbox"/> Pela Tarde (14:00 às 17:00 h) <input type="checkbox"/> Após às 17:00 h <input type="checkbox"/> Todos os horários</p> <p>19) O Sr (a) sugere outra alternativa para melhorar a captação de recursos para o HC/UFPE?</p> <p>_____</p>
---	--	--

Tabela 11.1 Correlação entre as variáveis representativas da amostra de alunos pertencentes à comunidade da UFPE, no ano de 2001

Variável	3	4	6	7	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
3	1,00																
4	0,37	1,00															
6	0,01	0,03	1,00														
7	0,91	0,32	0,03	1,00													
10	0,18	0,45	0,07	0,17	1,00												
11	0,17	0,50	0,07	0,12	0,82	1,00											
12	-0,08	-0,10	0,06	-0,07	-0,11	-0,03	1,00										
13	0,13	0,02	-0,09	0,11	-0,03	0,00	0,08	1,00									
14	-0,03	-0,07	0,00	-0,04	0,00	0,05	-0,08	0,35	1,00								
15	0,00	-0,01	0,06	0,02	0,02	0,02	-0,13	-0,03	0,07	1,00							
16	0,17	-0,01	0,08	0,16	-0,08	-0,07	-0,03	0,03	-0,02	0,12	1,00						
17	0,05	0,02	-0,18	0,03	-0,08	-0,04	0,00	0,03	-0,05	0,05	0,05	1,00					
18	0,00	0,06	-0,07	-0,05	0,10	0,08	-0,01	0,05	0,06	0,09	-0,01	0,02	1,00				
19	0,01	0,00	-0,01	-0,02	-0,06	-0,09	-0,04	-0,07	-0,15	0,08	0,05	-0,01	0,49	1,00			
20	-0,15	0,01	-0,01	-0,16	-0,07	-0,01	0,12	-0,12	-0,07	0,08	-0,01	-0,01	0,39	0,26	1,00		
21	-0,11	-0,08	0,00	-0,14	-0,10	-0,06	0,15	-0,12	-0,05	0,08	0,03	0,09	0,30	0,33	0,58	1,00	
22	-0,02	-0,01	-0,12	-0,03	-0,03	0,00	0,05	0,00	-0,02	0,05	0,10	0,11	0,26	0,26	0,48	0,54	1,00

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

Tabela 11.2 Correlação entre as variáveis representativas da amostra de professores e técnico-administrativos pertencentes à comunidade da UFPE – 2001

	3	4	6	10	11	12.	13	14	16	17	18	19	20	21	22	
3	1,00															
4	0,63	1,00														
6	-0,02	0,01	1,00													
10	0,15	0,19	-0,32	1,00												
11	0,32	0,35	-0,15	0,54	1,00											
12.	0,18	0,10	-0,11	0,17	0,52	1,00										
13	0,18	0,22	-0,07	-0,01	0,11	0,28	1,00									
14.	0,13	0,06	0,05	-0,01	0,01	0,11	0,43	1,00								
16	0,25	0,21	0,27	0,00	0,18	0,19	0,36	0,18	1,00							
17	-0,21	-0,34	0,09	-0,10	-0,09	-0,03	-0,22	-0,07	-0,07	1,00						
18	0,14	0,12	-0,01	0,06	0,11	-0,07	0,15	0,22	-0,07	-0,09	1,00					
19	0,02	0,03	-0,06	0,15	0,07	-0,10	0,09	0,10	-0,11	0,16	0,61	1,00				
20	0,08	0,03	-0,18	0,13	0,07	-0,10	0,18	0,17	0,00	0,00	0,59	0,58	1,00			
21	0,10	-0,11	-0,08	0,07	-0,02	-0,09	-0,01	0,16	0,08	0,17	0,32	0,39	0,61	1,00		
22	-0,01	0,02	0,05	-0,09	-0,08	-0,08	0,26	0,25	0,20	0,00	0,39	0,45	0,63	0,61	1,00	

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

Obs.: A variável 15 foi omitida devido a impossibilidade de ser correlacionada, pois apresentou o mesmo resultado em todos os questionários aplicados.

Tabela 11.3 Correlação entre as variáveis dos alunos da UFPE que possuem planos de saúde no ano de 2001

Variável	3	4	6	7	10	11	12	13	16	17	18	19	20	21	22
3	1,00														
4	0,34	1,00													
6	0,08	0,18	1,00												
7	0,91	0,25	0,07	1,00											
10	0,21	0,62	0,04	0,21	1,00										
11	0,18	0,65	0,08	0,11	0,84	1,00									
12	-0,14	-0,22	0,02	-0,14	-0,14	-0,03	1,00								
13	0,17	0,01	-0,16	0,14	-0,02	-0,04	0,10	1,00							
16	0,04	-0,03	0,06	0,00	-0,07	-0,04	0,09	0,07	1,00						
17	0,04	0,00	-0,11	0,06	-0,01	0,00	-0,01	0,08	0,11	1,00					
18	0,01	0,01	-0,09	-0,05	0,16	0,10	0,13	0,13	0,05	0,12	1,00				
19	-0,01	-0,03	0,05	-0,07	-0,02	-0,07	-0,05	-0,01	0,08	0,02	0,41	1,00			
20	-0,17	-0,03	-0,14	-0,20	-0,09	-0,01	0,17	-0,04	-0,06	0,01	0,41	0,21	1,00		
21	-0,08	-0,04	-0,09	-0,12	-0,11	-0,07	0,15	-0,04	0,07	0,04	0,22	0,29	0,48	1,00	
22	-0,03	0,05	-0,20	-0,08	-0,04	0,02	0,06	0,05	0,07	0,13	0,31	0,25	0,49	0,59	1,00

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

Obs.: As variáveis 14 e 15 foram omitidas devido a impossibilidade de serem correlacionadas, pois apresentaram os mesmos resultados em todos os questionários aplicados.

Tabela 11.4 Correlação entre as variáveis dos professores e técnicos administrativos da UFPE que possuem planos de saúde no ano de 2001.

Variável	3	4	6	10	11	12	13	16	17	18	19	20	21	22
3	1,00													
4	0,67	1,00												
6	0,01	0,01	1,00											
10	0,06	0,13	-0,34	1,00										
11	0,33	0,34	-0,21	0,52	1,00									
12	0,27	0,14	-0,26	0,22	0,52	1,00								
13	0,23	0,15	-0,13	-0,06	0,06	0,30	1,00							
16	0,34	0,28	0,28	-0,08	0,07	0,13	0,32	1,00						
17	-0,28	-0,34	0,05	-0,16	-0,23	-0,08	-0,27	-0,20	1,00					
18	0,00	0,16	-0,01	0,26	0,30	-0,04	0,15	-0,09	0,01	1,00				
19	-0,13	0,02	-0,06	0,30	0,16	-0,05	0,10	-0,23	0,13	0,60	1,00			
20	-0,02	0,07	-0,25	0,21	0,26	0,04	0,18	-0,07	-0,01	0,66	0,55	1,00		
21	0,11	-0,05	-0,20	0,20	0,16	0,05	-0,07	0,03	0,06	0,39	0,31	0,60	1,00	
22	-0,01	0,02	-0,06	0,01	0,04	-0,01	0,21	0,24	-0,03	0,42	0,41	0,60	0,57	1

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

Obs.: As variáveis 14 e 15 foram omitidas devido a impossibilidade de serem correlacionadas, pois apresentaram os mesmos resultados em todos os questionários aplicados.

Tabela 11.5 Correlação entre as variáveis dos alunos da UFPE que não possuem planos de saúde no ano de 2001

Variável	3	4	6	7	10	11	12	13	15	16	17	18	19	20	21	22
3	1,00															
4	0,41	1,00														
6	-0,07	-0,16	1,00													
7	0,92	0,40	-0,02	1,00												
10	0,15	0,24	0,11	0,14	1,00											
11	0,18	0,28	0,06	0,15	0,81	1,00										
12	-0,02	0,02	0,11	0,00	-0,08	-0,01	1,00									
13	0,12	0,10	0,01	0,11	-0,06	0,04	0,16	1,00								
15	0,01	0,00	0,09	0,03	0,03	0,02	-0,18	-0,11	1,00							
16	0,31	0,00	0,11	0,33	-0,09	-0,11	-0,15	-0,01	0,17	1,00						
17	0,05	0,04	-0,24	0,00	-0,16	-0,10	0,00	0,01	0,08	-0,01	1,00					
18	-0,01	0,12	-0,05	-0,05	0,04	0,05	-0,14	-0,12	0,12	-0,08	-0,06	1,00				
19	0,03	0,02	-0,09	0,03	-0,11	-0,12	-0,05	-0,05	0,14	0,00	-0,07	0,62	1,00			
20	-0,13	0,05	0,15	-0,13	-0,03	0,00	0,05	-0,20	0,12	0,05	-0,03	0,37	0,31	1,00		
21	-0,14	-0,13	0,10	-0,17	-0,08	-0,04	0,14	-0,23	0,13	-0,03	0,13	0,40	0,37	0,71	1,00	
22	0,00	-0,07	-0,03	0,02	-0,02	-0,01	0,05	-0,08	0,08	0,13	0,08	0,21	0,26	0,46	0,48	1,00

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

Obs.: A variável 14 foi omitida devido a impossibilidade de ser correlacionada, pois apresentou o mesmo resultado em todos os questionários aplicados.

Tabela 11.6 Correlação entre as variáveis dos professores e técnicos administrativos da UFPE que não possuem planos de saúde no ano de 2001.

Variável	3	4	6	10	11	12	13	16	17	18	19	20	21	22
3	1,00													
4	0,52	1,00												
6	-0,11	-0,01	1,00											
10	0,39	0,34	-0,27	1,00										
11	0,30	0,39	-0,01	0,59	1,00									
12	-0,09	-0,02	0,27	0,04	0,54	1,00								
13	-0,15	0,48	0,00	0,22	0,39	0,10	1,00							
16	0,00	0,02	0,23	0,19	0,43	0,26	0,35	1,00						
17	-0,04	-0,33	0,20	0,06	0,24	0,12	0,00	0,22	1,00					
18	0,35	0,00	-0,05	-0,38	-0,31	-0,23	-0,23	-0,15	-0,23	1,00				
19	0,31	0,03	-0,06	-0,24	-0,17	-0,27	-0,10	0,09	0,25	0,63	1,00			
20	0,25	-0,10	-0,03	-0,05	-0,38	-0,50	-0,09	0,03	0,07	0,41	0,61	1,00		
21	0,02	-0,28	0,17	-0,24	-0,43	-0,49	-0,21	0,09	0,44	0,12	0,53	0,61	1,00	
22	-0,15	-0,01	0,37	-0,44	-0,51	-0,44	0,02	-0,06	0,18	0,18	0,53	0,67	0,67	1,00

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

Obs.: As variáveis 14 e 15 foram omitidas devido a impossibilidade de serem correlacionadas, pois apresentaram os mesmos resultados em todos os questionários aplicados.

Tabela 11.7 Correlação entre as variáveis dos alunos da UFPE da área de saúde, no ano de 2001.

Variável	3	4	6	7	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
3	1,00																
4	0,37	1,00															
6	-0,02	0,05	1,00														
7	0,92	0,36	0,02	1,00													
10	0,28	0,35	0,18	0,25	1,00												
11	0,28	0,35	0,18	0,25	1,00	1,00											
12	0,03	-0,01	0,07	0,04	0,01	0,01	1,00										
13	0,30	0,03	-0,18	0,24	-0,12	-0,12	0,08	1,00									
14	-0,02	-0,07	0,23	-0,09	0,15	0,15	-0,23	0,27	1,00								
15	0,01	-0,02	0,11	0,04	0,02	0,02	-0,25	-0,07	0,13	1,00							
16	0,11	-0,06	0,10	0,09	0,21	0,21	-0,20	0,03	0,04	0,27	1,00						
17	-0,07	-0,05	-0,02	-0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,05	0,13	0,09	1,00					
18	-0,01	0,21	-0,10	-0,06	0,18	0,18	-0,01	-0,14	-0,03	0,15	0,37	0,27	1,00				
19	-0,03	0,12	-0,11	-0,04	0,12	0,12	-0,01	-0,03	-0,23	0,17	0,45	0,20	0,70	1,00			
20	-0,05	0,13	0,18	-0,03	-0,16	-0,16	0,26	-0,22	-0,30	0,16	0,21	-0,01	0,33	0,37	1,00		
21	-0,12	-0,22	0,06	-0,15	-0,15	-0,15	0,23	-0,12	-0,19	0,15	0,08	0,20	0,31	0,34	0,64	1,00	
22	-0,17	-0,23	-0,13	-0,22	-0,12	-0,12	0,24	-0,05	-0,16	0,12	0,16	0,24	0,27	0,42	0,54	0,72	1,00

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

Tabela 11.8 Correlação entre as variáveis dos professores e técnicos administrativos da UFPE, da área de saúde, no ano de 2001.

Variável	3	4	6	10	11	12	13	14	16	17	18	19	20	21	22
3	1,00														
4	0,69	1,00													
6	-0,06	-0,30	1,00												
10	-0,49	-0,29	-0,55	1,00											
11	0,27	0,42	0,01	-0,06	1,00										
12	0,17	0,45	0,16	0,05	0,67	1,00									
13	0,51	0,67	-0,38	-0,02	0,05	0,07	1,00								
14	0,40	0,08	-0,12	-0,17	-0,20	-0,29	0,43	1,00							
16	0,64	0,45	-0,04	-0,47	0,03	-0,10	0,43	0,35	1,00						
17	0,22	-0,24	-0,09	0,17	-0,24	-0,11	0,00	0,17	-0,08	1,00					
18	0,60	0,27	-0,03	-0,31	0,05	-0,23	0,59	0,64	0,27	0,36	1,00				
19	0,43	0,25	-0,07	0,12	-0,11	0,09	0,62	0,55	0,04	0,24	0,52	1,00			
20	0,60	0,27	-0,03	-0,31	0,05	-0,23	0,59	0,64	0,27	0,36	1,00	0,52	1,00		
21	0,54	0,09	-0,07	-0,30	-0,21	-0,41	0,30	0,55	0,34	0,09	0,52	0,38	0,52	1,00	
22	0,68	0,26	-0,19	-0,27	-0,11	-0,33	0,36	0,52	0,45	0,12	0,53	0,39	0,53	0,95	1,00

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

Obs.: A variável 15 foi omitida devido a impossibilidade de ser correlacionada, pois apresentou o mesmo resultado em todos os questionários aplicados.

Tabela 11.9 Correlação entre as variáveis dos alunos da área de exatas da UFPE, no ano de 2001.

Variável	3	4	6	7	12	13	14	16	17	18	19	20	21	22
3	1,00													
4	0,53	1,00												
6	-0,24	-0,08	1,00											
7	0,87	0,45	-0,25	1,00										
12	-0,14	-0,14	0,23	-0,15	1,00									
13	0,12	-0,03	-0,17	0,15	0,05	1,00								
14	-0,14	-0,22	-0,22	-0,01	0,20	0,42	1,00							
16	0,32	0,12	0,13	0,32	0,07	0,06	0,13	1,00						
17	0,15	-0,08	-0,13	0,17	-0,04	0,30	-0,14	-0,03	1,00					
18	0,22	0,34	0,09	0,19	0,11	0,16	0,14	0,16	-0,16	1,00				
19	0,39	0,43	0,05	0,42	-0,13	0,01	-0,10	-0,03	-0,26	0,43	1,00			
20	-0,09	0,11	0,31	-0,12	0,11	-0,08	0,22	0,01	-0,31	0,45	0,33	1,00		
21	-0,06	0,17	0,24	-0,11	0,30	0,07	0,19	0,15	-0,25	0,37	0,29	0,51	1,00	
22	-0,06	0,14	-0,12	-0,03	-0,07	0,12	0,25	0,13	-0,23	0,41	0,28	0,54	0,52	1,00

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

Obs.: As variáveis 10, 11 e 15 foram omitidas devido a impossibilidade de serem correlacionadas, pois apresentaram os mesmos resultados em todos os questionários aplicados.

Tabela 11.10 Correlação entre as variáveis dos professores e técnicos administrativos da UFPE, da área de exatas, no ano de 2001.

Variável	3	4	6	10	11	12	13	14	16	17	18	19	20	21	22
3	1,00														
4	0,85	1,00													
6	-0,22	-0,25	1,00												
10	-0,06	-0,01	0,19	1,00											
11	0,37	0,35	0,25	0,58	1,00										
12	0,40	0,64	0,19	-0,13	0,58	1,00									
13	0,46	0,32	-0,23	-0,24	0,52	0,54	1,00								
14	0,34	0,28	-0,19	-0,25	0,41	0,50	0,82	1,00							
16	-0,03	0,11	0,53	-0,35	0,23	0,71	0,34	0,35	1,00						
17	-0,45	-0,50	0,61	0,16	0,02	-0,13	-0,29	-0,63	0,18	1,00					
18	0,35	0,30	-0,45	0,30	0,65	0,30	0,71	0,60	-0,24	-0,38	1,00				
19	0,03	0,04	-0,06	0,40	0,75	0,40	0,63	0,32	0,11	0,22	0,76	1,00			
20	-0,16	-0,41	0,11	0,58	0,47	-0,29	0,20	0,00	-0,41	0,36	0,54	0,64	1,00		
21	-0,05	-0,32	0,38	0,50	0,41	-0,25	0,04	0,00	-0,35	0,31	0,34	0,32	0,87	1,00	
22	-0,29	-0,26	0,09	0,32	0,19	-0,02	0,24	-0,09	0,10	0,44	0,19	0,59	0,44	0,14	1,00

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

Obs.: A variável 15 foi omitida devido a impossibilidade de ser correlacionada, pois apresentou o mesmo resultado em todos os questionários aplicados.

Tabela 11.11 Correlação entre as variáveis dos alunos da área de humanas da UFPE, no ano de 2001.

Variável	3	4	6	7	10	11	12	13	14	16	17	18	19	20	21	22
3	1,00															
4	0,36	1,00														
6	0,04	-0,08	1,00													
7	0,92	0,29	0,03	1,00												
10	0,19	0,47	-0,03	0,18	1,00											
11	0,17	0,53	-0,02	0,10	0,80	1,00										
12	-0,11	-0,14	0,04	-0,09	-0,17	-0,04	1,00									
13	0,06	0,00	-0,08	0,04	-0,04	0,01	0,10	1,00								
14	0,00	-0,04	-0,02	-0,01	-0,02	0,04	-0,12	0,35	1,00							
16	0,14	-0,02	0,07	0,13	-0,14	-0,14	0,03	0,02	-0,08	1,00						
17	0,07	0,11	-0,20	0,05	-0,09	-0,03	0,02	-0,05	-0,02	0,06	1,00					
18	-0,05	-0,01	-0,08	-0,10	0,11	0,08	-0,06	0,09	0,05	-0,18	-0,01	1,00				
19	-0,10	-0,10	0,02	-0,15	-0,09	-0,15	-0,02	-0,12	-0,14	-0,09	-0,01	0,45	1,00			
20	-0,20	0,00	-0,12	-0,22	-0,04	0,03	0,01	-0,08	-0,06	-0,11	0,06	0,42	0,20	1,00		
21	-0,11	-0,04	-0,04	-0,14	-0,11	-0,05	0,05	-0,18	-0,09	-0,01	0,15	0,25	0,34	0,57	1,00	
22	0,07	0,09	-0,09	0,05	-0,01	0,05	0,01	-0,02	-0,07	0,08	0,17	0,21	0,19	0,41	0,48	1,00

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

Obs.: A variável 15 foi omitida devido a impossibilidade de ser correlacionada, pois apresentou o mesmo resultado em todos os questionários aplicados.

Tabela 11.12 Correlação entre as variáveis dos professores e técnicos administrativos da UFPE, da área de humanas, no ano de 2001

Variável	3	4	6	10	11	12	13	14	16	17	18	19	20	21	22
3	1,00														
4	0,69	1,00													
6	-0,10	-0,04	1,00												
10	0,34	0,35	-0,52	1,00											
11	0,27	0,37	-0,34	0,67	1,00										
12	0,26	0,21	-0,15	0,19	0,51	1,00									
13	0,01	0,32	0,21	0,15	0,26	0,04	1,00								
14	0,23	0,00	0,16	-0,04	0,17	0,30	0,14	1,00							
16	0,30	0,47	0,24	0,32	0,63	0,63	0,48	0,20	1,00						
17	-0,42	-0,46	-0,06	-0,47	-0,44	-0,21	-0,34	0,27	-0,64	1,00					
18	0,02	-0,28	0,28	0,15	0,01	-0,48	-0,08	0,04	-0,05	-0,33	1,00				
19	0,11	-0,07	0,00	0,26	0,15	-0,44	0,14	0,16	-0,24	-0,06	0,59	1,00			
20	0,29	0,11	-0,22	0,48	0,32	-0,18	0,06	0,15	-0,02	-0,29	0,60	0,74	1,00		
21	0,36	-0,03	-0,40	0,59	0,44	0,22	-0,11	0,37	0,10	-0,16	0,34	0,40	0,75	1,00	
22	0,27	0,05	0,02	0,24	0,37	-0,02	0,20	0,30	0,19	-0,24	0,56	0,62	0,77	0,68	1,00

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

Obs.: A variável 15 foi omitida devido a impossibilidade de ser correlacionada, pois apresentou o mesmo resultado em todos os questionários aplicados.

Tabela 11.13 Correlação entre as variáveis dos professores e técnicos administrativos da reitoria e órgãos suplementares da UFPE, no ano de 2001.

Variável	3	4	6	10	11	12	13	14	16	17	18	19	20	21	22
3	1,00														
4	0,45	1,00													
6	0,09	0,27	1,00												
10	0,39	0,35	-0,15	1,00											
11	0,43	0,31	-0,18	0,72	1,00										
12	0,14	-0,31	-0,28	0,23	0,41	1,00									
13	0,02	-0,32	0,11	-0,24	-0,21	0,48	1,00								
14	-0,11	-0,02	0,15	0,07	-0,13	0,08	0,43	1,00							
16	0,21	-0,05	0,34	0,00	-0,05	0,00	0,42	0,12	1,00						
17	-0,12	-0,22	0,03	0,00	0,21	0,17	-0,03	0,00	0,08	1,00					
18	-0,06	0,33	-0,16	0,20	0,07	0,12	-0,13	-0,02	-0,21	-0,18	1,00				
19	-0,22	0,14	-0,20	0,12	0,01	-0,11	-0,36	-0,09	-0,33	-0,04	0,71	1,00			
20	-0,13	0,05	-0,27	-0,07	-0,18	0,02	0,08	0,11	0,00	-0,23	0,53	0,48	1,00		
21	-0,35	-0,22	-0,09	-0,15	-0,27	0,05	-0,01	0,04	0,07	0,26	0,16	0,34	0,53	1,00	
22	-0,39	0,02	0,16	-0,31	-0,39	0,00	0,38	0,28	0,12	-0,21	0,30	0,27	0,66	0,57	1,00

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

Obs.: A variável 15 foi omitida devido a impossibilidade de ser correlacionada, pois apresentou o mesmo resultado em todos os questionários aplicados.

Legenda:

3	Tempo de UFPE	12	Pessoas residentes	18	HC atender a planos de saúde privados
4	Idade	13	Renda familiar	19	Usar o HC com um plano de saúde privado
6	Sexo	14	Tem plano de saúde	20	HC atender através de plano próprio
7	Período que está cursando	15	Necessidade em manter um HC	21	Utilização desse plano próprio
10	Estado civil	16	Conhecer a crise financeira	22	Disposição a pagar por esse plano
11	Filhos	17	Qualidade dos serviços públicos de saúde		

Obs: Não foram listadas as variáveis “5”, “8” e “9”, por se tratarem respectivamente, do bairro onde mora o entrevistado e de informações referente a técnicos administrativos e professores que não são passíveis de serem correlacionadas.

Tabela 11.14 Correlação entre as variáveis da população circunvizinha ao HC/UFPE, no ano de 2001.

Variável	1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	1,00														
3	0,02	1,00													
4	0,41	0,16	1,00												
5	0,33	0,11	0,52	1,00											
6	-0,12	-0,03	-0,08	0,20	1,00										
7	0,21	0,13	0,03	0,06	0,04	1,00									
8	0,16	0,06	0,06	0,02	-0,15	0,47	1,00								
9	0,00	0,01	0,01	0,02	0,01	0,04	0,05	1,00							
10	0,15	-0,04	-0,02	-0,08	-0,05	0,17	0,14	0,07	1,00						
11	0,11	-0,19	0,02	0,05	0,00	0,06	-0,04	-0,08	-0,04	1,00					
12	0,18	-0,04	0,03	0,09	-0,03	0,06	0,02	-0,07	0,12	0,08	1,00				
13	0,11	-0,02	0,02	0,03	0,05	0,04	-0,07	0,02	0,03	0,07	0,62	1,00			
14	0,19	-0,07	-0,02	0,04	0,00	-0,02	-0,10	0,02	-0,06	0,06	0,27	0,29	1,00		
15	0,11	-0,14	-0,05	0,01	0,05	-0,06	-0,13	0,01	-0,05	0,10	0,24	0,32	0,74	1,00	
16	0,18	-0,06	0,05	0,10	0,01	0,04	-0,03	-0,03	-0,04	0,09	0,20	0,19	0,57	0,59	1,00

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

Tabela 11.15 Correlação entre as variáveis da população circunvizinha ao HC/UFPE que não possui planos de saúde, no ano de 2001

Variável	1	3	4	5	6	7	9	10	11	12	13	14	15	16	
1	1,00														
3	-0,05	1,00													
4	0,43	0,14	1,00												
5	0,35	0,08	0,50	1,00											
6	-0,08	-0,04	-0,11	0,18	1,00										
7	0,09	0,13	0,06	0,05	0,17	1,00									
9	-0,01	0,00	0,01	0,02	0,02	0,03	1,00								
10	0,06	-0,05	0,00	-0,14	-0,07	0,03	0,08	1,00							
11	0,16	-0,22	-0,02	0,06	-0,03	0,07	-0,09	0,01	1,00						
12	0,13	-0,02	0,04	0,14	0,04	0,11	-0,08	0,13	0,03	1,00					
13	0,06	-0,01	0,02	0,08	0,11	0,02	0,02	0,11	0,01	0,66	1,00				
14	0,15	-0,10	0,00	0,05	-0,01	0,05	0,03	0,01	0,02	0,24	0,28	1,00			
15	0,11	-0,14	-0,04	0,11	0,06	-0,07	0,02	0,02	0,05	0,20	0,27	0,76	1,00		
16	0,20	-0,03	0,12	0,21	0,01	0,11	-0,03	0,03	0,04	0,15	0,08	0,56	0,56	1,00	

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

Obs.: A variável 08 foi omitida devido a impossibilidade de ser correlacionada, pois apresentou o mesmo resultado em todos os questionários aplicados.

Tabela 11.16 Correlação entre as variáveis da população circunvizinha ao HC/UFPE que possui planos de saúde, no ano de 2001.

Variável	1	3	4	5	6	7	10	11	12	13	14	15	16
1	1,00												
3	0,16	1,00											
4	0,34	0,20	1,00										
5	0,29	0,21	0,56	1,00									
6	-0,12	0,02	0,02	0,27	1,00								
7	0,22	0,12	-0,04	0,09	0,14	1,00							
10	0,26	-0,06	-0,11	0,05	0,06	0,20	1,00						
11	0,03	-0,09	0,13	0,03	0,06	0,15	-0,15	1,00					
12	0,28	-0,09	0,00	-0,05	-0,23	0,04	0,07	0,21	1,00				
13	0,24	-0,02	0,01	-0,07	-0,13	0,15	-0,08	0,22	0,53	1,00			
14	0,35	0,01	-0,04	-0,07	-0,04	0,02	-0,14	0,18	0,36	0,28	1,00		
15	0,18	-0,13	-0,03	-0,25	-0,06	0,06	-0,14	0,22	0,34	0,42	0,67	1,00	
16	0,15	-0,12	-0,13	-0,16	-0,01	0,05	-0,16	0,24	0,33	0,43	0,60	0,65	1,00

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

Obs.: As variáveis 08 e 09 foram omitidas devido a impossibilidade de serem correlacionadas, pois apresentaram os mesmos resultados em todos os questionários aplicados.

Tabela 11.17 Correlação entre as variáveis da população circunvizinha ao HC/UFPE que reside no bairro de Torrões, no ano de 2001.

Variável	1	3	4	5	6	7	8	10	11	12	13	14	15	16
1	1,00													
3	-0,15	1,00												
4	0,53	-0,06	1,00											
5	0,57	-0,06	0,55	1,00										
6	0,15	-0,12	-0,05	0,41	1,00									
7	0,17	0,04	0,17	0,10	0,06	1,00								
8	0,12	0,00	-0,04	-0,04	0,14	0,31	1,00							
10	-0,12	0,24	-0,24	-0,31	-0,06	0,04	0,05	1,00						
11	0,27	-0,23	0,01	0,05	-0,04	-0,01	0,20	0,06	1,00					
12	0,07	-0,01	-0,05	0,02	-0,05	-0,24	0,03	0,13	0,22	1,00				
13	0,04	0,05	-0,05	-0,04	0,03	-0,27	-0,09	0,12	0,11	0,74	1,00			
14	0,04	-0,10	-0,27	-0,14	0,00	0,15	0,18	-0,09	0,12	0,17	0,16	1,00		
15	-0,02	-0,16	-0,23	-0,23	-0,04	0,13	0,17	-0,04	0,11	0,15	0,27	0,83	1,00	
16	0,07	-0,05	-0,04	0,01	-0,10	0,13	0,21	-0,12	0,10	0,22	0,20	0,67	0,74	1,00

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

Obs.: A variável 09 foi omitida devido a impossibilidade de ser correlacionada, pois apresentou o mesmo resultado em todos os questionários aplicados.

Tabela 11.18 Correlação entre as variáveis da população circunvizinha ao HC/UFPE que reside no bairro da Várzea, no ano de 2001.

Variável	1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	1,00														
3	0,05	1,00													
4	0,30	0,29	1,00												
5	0,29	0,20	0,53	1,00											
6	-0,04	-0,05	0,01	0,41	1,00										
7	0,36	0,19	0,18	0,18	-0,11	1,00									
8	0,20	0,09	0,08	0,09	-0,25	0,56	1,00								
9	0,00	-0,09	-0,08	-0,05	0,01	0,05	0,06	1,00							
10	0,12	-0,01	0,11	0,18	0,03	0,27	0,27	0,23	1,00						
11	0,23	-0,20	0,13	0,13	-0,03	0,09	-0,06	-0,12	-0,12	1,00					
12	0,10	0,04	0,13	0,16	0,02	0,22	0,17	-0,10	0,06	0,04	1,00				
13	0,06	-0,02	0,04	0,11	0,10	0,01	-0,10	0,11	-0,07	0,01	0,72	1,00			
14	0,18	-0,21	0,06	0,13	0,06	-0,05	-0,14	0,13	-0,11	0,07	0,24	0,42	1,00		
15	0,12	-0,15	0,06	0,10	0,07	-0,12	-0,22	0,10	-0,02	0,15	0,21	0,35	0,78	1,00	
16	0,11	-0,02	0,10	0,13	-0,01	-0,05	-0,17	0,08	-0,13	0,07	0,18	0,30	0,60	0,67	1,00

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

Tabela 11.19 Correlação entre as variáveis da população circunvizinha ao HC/UFPE que reside no bairro de Iputinga, no ano de 2001.

Variável	1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	1,00														
3	0,08	1,00													
4	0,50	0,03	1,00												
5	0,27	0,13	0,49	1,00											
6	-0,21	0,20	-0,18	0,08	1,00										
7	0,09	0,01	0,03	0,09	-0,08	1,00									
8	0,05	-0,01	0,13	0,09	-0,19	0,50	1,00								
9	0,00	0,15	0,14	0,13	0,02	0,06	0,09	1,00							
10	0,28	0,00	0,16	0,04	-0,24	0,18	0,08	-0,03	1,00						
11	-0,01	-0,15	-0,12	-0,18	0,12	0,15	-0,18	-0,09	0,00	1,00					
12	0,33	-0,13	0,10	0,01	0,00	0,03	-0,12	-0,11	0,13	0,10	1,00				
13	0,23	-0,13	0,02	-0,01	0,04	-0,02	-0,17	-0,09	0,13	0,13	0,65	1,00			
14	0,18	-0,02	-0,18	-0,10	0,04	-0,02	-0,24	-0,09	-0,15	0,17	0,28	0,30	1,00		
15	0,00	-0,17	-0,19	0,01	0,13	-0,21	-0,26	-0,10	-0,12	0,06	0,24	0,30	0,73	1,00	
16	0,08	-0,06	-0,08	0,02	-0,02	0,04	0,07	-0,20	-0,11	0,21	0,18	0,15	0,56	0,49	1,00

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

Tabela 11.20 Correlação entre as variáveis da população circunvizinha ao HC/UFPE que reside no bairro do Cordeiro, no ano de 2001.

Variável	1	3	4	5	6	7	8	10	11	12	13	14	15	16
1	1,00													
3	0,02	1,00												
4	0,44	0,28	1,00											
5	0,35	0,20	0,38	1,00										
6	-0,15	-0,03	-0,03	-0,08	1,00									
7	0,24	0,10	-0,06	0,02	0,32	1,00								
8	0,32	0,05	-0,01	-0,04	-0,11	0,44	1,00							
10	0,20	-0,21	-0,08	-0,21	0,00	0,31	0,27	1,00						
11	-0,03	-0,28	-0,13	0,12	-0,01	0,10	-0,05	-0,07	1,00					
12	0,24	-0,06	0,02	0,23	-0,12	0,15	0,06	0,03	0,07	1,00				
13	0,08	0,03	-0,06	-0,01	-0,02	0,05	-0,01	0,04	-0,09	0,42	1,00			
14	0,29	0,17	0,24	0,21	-0,04	0,08	0,12	-0,07	-0,12	0,21	0,13	1,00		
15	0,21	-0,10	0,01	0,05	0,10	0,08	-0,04	-0,12	-0,01	0,28	0,20	0,57	1,00	
16	0,33	-0,05	0,18	0,23	0,18	0,18	0,04	-0,06	-0,07	0,13	0,09	0,44	0,52	1,00

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

Obs.: A variável 09 foi omitida devido a impossibilidade de ser correlacionada, pois apresentou o mesmo resultado em todos os questionários aplicados.

Tabela 11.21 Correlação entre as variáveis da população circunvizinha ao HC/UFPE que reside no bairro do Engenho do Meio, no ano de 2001.

Variável	1	3	4	5	6	7	8	10	11	12	13	14	15	16
1	1,00													
3	-0,08	1,00												
4	0,35	0,10	1,00											
5	0,21	-0,19	0,79	1,00										
6	-0,57	-0,23	-0,47	-0,12	1,00									
7	-0,10	0,21	-0,27	-0,20	-0,03	1,00								
8	0,09	0,19	0,10	-0,10	-0,23	0,43	1,00							
10	0,36	-0,44	-0,22	-0,28	-0,11	0,01	-0,21	1,00						
11	0,41	0,00	0,32	0,11	-0,15	-0,27	-0,16	0,09	1,00					
12	0,04	-0,30	-0,06	0,02	0,15	-0,37	-0,43	0,25	-0,05	1,00				
13	0,21	-0,29	0,20	0,11	0,19	-0,49	-0,29	0,19	0,25	0,54	1,00			
14	0,32	-0,37	0,15	0,09	-0,07	-0,37	-0,57	0,48	0,21	0,59	0,59	1,00		
15	0,42	-0,30	0,20	0,09	-0,09	-0,49	-0,30	0,23	0,24	0,32	0,61	0,77	1,00	
16	0,45	-0,37	0,12	0,03	-0,12	-0,19	-0,40	0,72	0,56	0,31	0,29	0,68	0,42	1,00

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

Obs.: A variável 09 foi omitida devido a impossibilidade de ser correlacionada, pois apresentou o mesmo resultado em todos os questionários aplicados.

**Quadro 11.1 Demonstrativo dos custos médios da Obstetrícia
HC/UFPE, ano de 2001 (Cenário 01)**

Clínica Obstétrica (Cenário 1)				
Meses	mar/01	abr/01	mai/01	Média
<i>Custo Direto</i>				
Recursos humanos	73.698,00	73.698,00	73.698,00	73.698,00
materiais, medicamentos e alimentação	66.522,00	54.132,00	67.420,00	62.691,33
Sub Total	140.220,00	127.830,00	141.118,00	136.389,33
<i>Custos Indiretos</i>				
Apoio ao diagnóstico	4.248,00	3.670,00	8.928,00	5.615,33
Tratamento	49.308,00	43.907,00	54.612,00	49.275,67
Processamento de material	2.066,00	1.878,00	3.496,00	2.480,00
Infra estrutura predial	4.732,00	4.898,00	4.816,00	4.815,33
Sub Total	60.354,00	54.353,00	71.852,00	62.186,33
<i>Over Head</i>				
Sub Total	2.864,00	2.194,00	2.409,00	2.489,00
Custo Total	203.438,00	184.377,00	215.379,00	201.064,67
<i>Indicadores de Avaliação</i>				
Taxa de ocupação	88,70%	96,30%	91,30%	92,10%
Número de leitos disponíveis	42	42	42	42
Média de permanência	2,00	2,00	2,00	2,00
Número de pacientes/dia	1.118	1.213	1.150	1.160
Custo paciente/dia	182,03	151,95	187,22	173,74
Número de pacientes atendidos	559	607	575	580
Custo/paciente	364,06	303,91	374,45	346,53

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

**Quadro 11.2 Demonstrativo dos custos médios da Cirurgia Geral
HC/UFPE, ano de 2001 (Cenário 01)**

Cirurgia Geral (Cenário 1)				
Meses	mar/01	abr/01	mai/01	Média
<i>Custo Direto</i>				
Recursos humanos	27.846,00	27.845,00	27.845,00	27.845,33
Materiais, medicamentos e alimentação	72.110,00	56.416,00	68.398,00	65.641,33
Sub Total	99.956,00	84.261,00	96.243,00	93.486,67
<i>Custos Indiretos</i>				
Apoio ao diagnóstico	21.170,00	14.962,00	22.176,00	19.436,00
Tratamento	49.728,00	42.205,00	52.488,00	48.140,33
Processamento de material	2.406,00	2.456,00	3.132,00	2.664,67
Serviços prestados - Pessoa física		4.882,00	1.002,00	2.942,00
Infra estrutura predial	4.356,00	4.511,00	4.420,00	4.429,00
Sub Total	77.660,00	69.016,00	83.218,00	77.612,00
<i>Over Head</i>				
Sub Total	8.420,00	7.185,00	7.684,00	7.763,00
Custo Total	186.036,00	160.462,00	187.145,00	177.881,00
<i>Indicadores de Avaliação</i>				
Taxa de ocupação	84,90%	84,90%	89,60%	86,47%
Número de leitos disponíveis	32	32	32	32
Média de permanência	3,00	3,00	3,00	3,00
Número de pacientes/dia	815	815	860	830
Custo paciente/dia	228,25	196,88	217,57	214,23
Número de pacientes atendidos	272	272	287	276,69
Custo/paciente	684,76	590,63	652,71	642,88

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

**Quadro 11.3 Demonstrativo dos custos médios da Ginecologia
HC/UFPE, ano de 2001 (Cenário 01)**

Ginecologia (Cenário 1)				
Meses	Mar/01	abr/01	mai/01	Média
<i>Custo Direto</i>				
Recursos humanos	7.561,00	7.569,00	7.569,00	7.566,33
Materiais, medicamentos e alimentação	10.916,00	8.200,00	10.598,20	9.904,73
Sub Total	18.477,00	15.769,00	18.167,20	17.471,07
<i>Custos Indiretos</i>				
Apoio ao diagnóstico	4.785,20	2.556,40	4.418,40	3.920,00
Tratamento	16.530,40	16.648,40	17.390,60	16.856,47
Processamento de material	323,40	298,20	600,60	407,40
Infra estrutura predial	562,60	173,40	565,80	433,93
Sub Total	22.201,60	19.676,40	22.975,40	21.617,80
<i>Over Head</i>				
Sub Total	1.535,00	1.492,00	1.427,00	1.484,67
Custo Total	42.213,60	36.937,40	42.569,60	40.573,53
<i>Indicadores de Avaliação</i>				
Taxa de ocupação	86,47%	86,47%	86,47%	86,47%
Número de leitos disponíveis	11	11	11	11
Média de permanência	3,00	3,00	3,00	3,00
Número de pacientes/dia	285	285	285	285
Custo paciente/dia	147,94	129,45	149,18	142,19
Número de pacientes atendidos	95	95	95	95,12
Custo/paciente	443,81	388,34	447,55	426,22

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

**Quadro 11.4 Demonstrativo dos custos médios da Obstetrícia
HC/UFPE, ano de 2001 (Cenário 02)**

Clínica Obstétrica (Cenário 2)				
Meses	mar/01	abr/01	mai/01	Média
<i>Custo Direto</i>				
Recursos humanos	73.698,00	73.698,00	73.698,00	73.698,00
Materiais, medicamentos e alimentação	33.261,00	27.066,00	33.710,00	31.345,67
Sub Total	106.959,00	100.764,00	107.408,00	105.043,67
<i>Custos Indiretos</i>				
Apoio ao diagnóstico	2.124,00	1.835,00	4.464,00	2.807,67
Tratamento	45.795,00	41.222,00	51.189,00	46.068,67
Processamento de material	1.033,00	939,00	1.748,00	1.240,00
Infra estrutura predial	4.657,00	4.822,00	4.737,00	4.738,67
Sub Total	53.609,00	48.818,00	62.138,00	54.855,00
<i>Over Head</i>				
Sub Total	2.864,00	2.194,00	2.409,00	2.489,00
Custo Total	163.432,00	151.776,00	171.955,00	162.387,67
<i>Indicadores de Avaliação</i>				
Taxa de ocupação	88,70%	96,30%	91,30%	92,10%
Número de leitos disponíveis	42	42	42	42
Média de permanência	4,10	4,30	4,30	4,23
Número de pacientes/dia	1.118	1.213	1.150	1.160
Custo paciente/dia	146,23	125,09	149,48	140,26
Número de pacientes atendidos	273	282	268	274
Custo/paciente	599,55	537,87	642,75	592,44

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

**Quadro 11.5 Demonstrativo dos custos médios da Cirurgia Geral
HC/UFPE, ano de 2001 (Cenário 02)**

Cirurgia Geral (Cenário 2)				
Meses	mar/01	abr/01	mai/01	Média
<i>Custo Direto</i>				
Recursos humanos	27.846,00	27.845,00	27.845,00	27.845,33
Materiais, medicamentos e alimentação	35.729,00	27.882,00	33.873,00	32.494,67
Sub Total	63.575,00	55.727,00	61.718,00	60.340,00
<i>Custos Indiretos</i>				
Apoio ao diagnóstico	10.585,00	7.481,00	11.088,00	9.718,00
Tratamento	46.583,00	39.751,00	49.827,00	45.387,00
Processamento de material	1.203,00	1.228,00	1.566,00	1.332,33
Serviços prestados - Pessoa Física		2.441,00	2.501,00	2.471,00
Infra estrutura predial	3.971,00	4.119,00	4.020,00	4.036,67
Sub Total	62.342,00	55.020,00	69.002,00	62.121,33
<i>Over Head</i>				
Sub Total	8.420,00	7.185,00	7.684,00	7.763,00
Custo Total	134.337,00	117.932,00	138.404,00	130.224,33
<i>Indicadores de Avaliação</i>				
Taxa de ocupação	84,90%	84,90%	89,60%	86,47%
Número de leitos disponíveis	32	32	32	32
Média de permanência	6,30	6,40	6,30	6,33
Número de pacientes/dia	815	815	860	830
Custo paciente/dia	164,82	144,69	160,90	156,81
Número de pacientes atendidos	129	127	137	131,08
Custo/paciente	1.038,38	926,05	1.013,70	993,43

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

**Quadro 11.6 Demonstrativo dos custos médios da Ginecologia
HC/UFPE, ano de 2001 (Cenário 02)**

Ginecologia (cenário 2)				
Meses	mar/01	abr/01	mai/01	Média
<i>Custo Direto</i>				
Recursos humanos	7.561,00	7.569,00	7.569,00	7.566,33
Materiais, medicamentos e alimentação	7.774,00	5.834,00	7.577,00	7.061,67
Sub Total	15.335,00	13.403,00	15.146,00	14.628,00
<i>Custos Indiretos</i>				
Apoio ao diagnóstico	3.418,00	1.826,00	3.156,00	2.800,00
Tratamento	15.772,00	15.962,00	16.563,00	16.099,00
Processamento de material	231,00	213,00	429,00	291,00
Infra estrutura predial	537,00	147,00	539,00	407,67
Sub Total	19.958,00	18.148,00	20.687,00	19.597,67
<i>Over Head</i>				
Sub Total	1.535,00	1.492,00	1.427,00	1.484,67
Custo Total	36.828,00	33.043,00	37.260,00	35.710,33
<i>Indicadores de Avaliação</i>				
Taxa de ocupação	86,47%	86,47%	86,47%	86,47%
Número de leitos disponíveis	11	11	11	11
Média de permanência	4,90	3,20	3,80	3,97
Número de pacientes/dia	285	285	285	285
Custo paciente/dia	129,06	115,80	130,58	125,15
Número de pacientes atendidos	58	89	75	74,17
Custo/paciente	632,40	370,55	496,19	481,49

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

**Quadro 11.7 Demonstrativo dos custos médios da Obstetrícia
HC/UFPE, ano de 2001 (Cenário 03)**

Clínica Obstétrica (Cenário 3)				
Meses	mar/01	abr/01	mai/01	Média
<i>Custo Direto</i>				
Recursos humanos	73.698,00	73.698,00	73.698,00	73.698,00
Materiais, medicamentos e alimentação	49.891,50	40.599,00	50.565,00	47.018,50
Sub Total	123.589,50	114.297,00	124.263,00	120.716,50
<i>Custos Indiretos</i>				
Apoio ao diagnóstico	3.186,00	2.752,50	6.696,00	4.211,50
Tratamento	47.551,50	42.564,50	52.900,50	47.672,17
Processamento de material	1.549,50	1.408,50	2.622,00	1.860,00
Infra estrutura predial	4.694,50	4.860,00	4.776,00	4.776,83
Sub Total	56.981,50	51.585,50	66.994,50	58.520,50
<i>Over Head</i>				
Sub Total	2.864,00	2.194,00	2.409,00	2.489,00
Custo Total	183.435,00	168.076,50	193.666,50	181.726,00
<i>Indicadores de Avaliação</i>				
Taxa de ocupação	65,00%	65,00%	65,00%	65,00%
Número de leitos disponíveis	42	42	42	42
Média de permanência	2,00	2,00	2,00	2,00
Número de pacientes/dia	819	819	819	819
Custo paciente/dia	223,97	205,22	236,47	221,89
Número de pacientes atendidos	410	410	410	410
Custo/paciente	447,95	410,44	472,93	443,78

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

**Quadro 11.8 Demonstrativo dos custos médios da Cirurgia Geral
HC/UFPE, ano de 2001 (Cenário 03)**

Cirurgia Geral (Cenário 3)				
Meses	mar/01	abr/01	mai/01	Média
<i>Custo Direto</i>				
Recursos humanos	27.846,00	27.845,00	27.845,00	27.845,33
Materiais, medicamentos e alimentação	46.447,70	36.246,60	44.034,90	42.243,07
Sub Total	74.293,70	64.091,60	71.879,90	70.088,40
<i>Custos Indiretos</i>				
Apoio ao diagnóstico	13.760,50	9.725,30	14.414,40	12.633,40
Tratamento	47.526,50	40.487,20	50.625,30	46.213,00
Processamento de material	1.563,90	1.596,40	2.035,80	1.732,03
Serviços prestados - Pessoa Física		3.173,30	3.251,30	3.212,30
Infra estrutura predial	4.086,20	4.236,30	4.139,70	4.154,07
Sub Total	66.937,10	59.218,50	74.466,50	66.874,03
<i>Over Head</i>				
Sub Total	8.420,00	7.185,00	7.684,00	7.763,00
Custo Total	149.650,80	130.495,10	154.030,40	144.725,43
<i>Indicadores de Avaliação</i>				
Taxa de ocupação	65,00%	65,00%	65,00%	65,00%
Número de leitos disponíveis	32	32	32	32
Média de permanência	3,00	3,00	3,00	3,00
Número de pacientes/dia	624	624	624	624
Custo paciente/dia	239,83	209,13	246,84	231,93
Número de pacientes atendidos	208	208	208	208,00
Custo/paciente	719,48	627,38	740,53	695,80

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

**Quadro 11.9 Demonstrativo dos custos médios da Ginecologia
HC/UFPE, ano de 2001 (Cenário 03)**

Ginecologia (Cenário 3)				
Meses	mar/01	abr/01	mai/01	Média
<i>Custo Direto</i>				
Recursos humanos	7.561,00	7.569,00	7.569,00	7.566,33
Materiais, medicamentos e alimentação	10.106,20	7.584,20	9.811,10	9.167,17
Sub Total	17.667,20	15.153,20	17.380,10	16.733,50
<i>Custos Indiretos</i>				
Apoio ao diagnóstico	4.443,40	2.373,80	4.102,80	3.640,00
Tratamento	16.340,80	16.476,80	17.183,70	16.667,10
Processamento de material	300,30	276,90	557,70	378,30
Infra estrutura predial	556,20	166,80	559,10	427,37
Sub Total	21.640,70	19.294,30	22.403,30	21.112,77
<i>Over Head</i>				
Sub Total	1.535,00	1.492,00	1.427,00	1.484,67
Custo Total	40.842,90	35.939,50	41.210,40	39.330,93
<i>Indicadores de Avaliação</i>				
Taxa de ocupação	65,00%	65,00%	65,00%	65,00%
Número de leitos disponíveis	11	11	11	11
Média de permanência	3,00	3,00	3,00	3,00
Número de pacientes/dia	215	215	215	215
Custo paciente/dia	190,41	167,55	192,12	183,36
Número de pacientes atendidos	72	72	72	71,50
Custo/paciente	571,23	502,65	576,37	550,08

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

**Quadro 11.10 Demonstrativo dos custos médios da Obstetrícia
HC/UFPE, ano de 2001 (Cenário 04)**

Clínica Obstétrica (Cenário 4)				
Meses	mar/01	abr/01	mai/01	Média
<i>Custo Direto</i>				
Recursos humanos	73.698,00	73.698,00	73.698,00	73.698,00
Materiais, medicamentos e alimentação	24.945,75	20.299,50	25.282,50	23.509,25
Sub Total	98.643,75	93.997,50	98.980,50	97.207,25
<i>Custos Indiretos</i>				
Apoio ao diagnóstico	1.593,00	1.376,25	3.348,00	2.105,75
Tratamento	44.916,75	40.550,75	50.333,25	45.266,92
Processamento de material	774,75	704,25	1.311,00	930,00
Infra estrutura predial	4.638,25	4.803,00	4.717,50	4.719,58
Sub Total	51.922,75	47.434,25	59.709,75	53.022,25
<i>Over Head</i>				
Sub Total	2.864,00	2.194,00	2.409,00	2.489,00
Custo Total	153.430,50	143.625,75	161.099,25	152.718,50
<i>Indicadores de Avaliação</i>				
Taxa de ocupação	65,00%	65,00%	65,00%	65,00%
Número de leitos disponíveis	42	42	42	42
Média de permanência	4,00	4,00	4,00	4,00
Número de pacientes/dia	819	819	819	819
Custo paciente/dia	187,34	175,37	196,70	186,47
Número de pacientes atendidos	205	205	205	205
Custo/paciente	749,36	701,47	786,81	745,88

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

**Quadro 11 11 Demonstrativo dos custos médios da Cirurgia Geral
HC/UFPE, ano de 2001 (Cenário 04)**

Cirurgia Geral (Cenário 4)				
Meses	mar/01	abr/01	mai/01	Média
<i>Custo Direto</i>				
Recursos humanos	27.846,00	27.845,00	27.845,00	27.845,33
Materiais, medicamentos e alimentação	28.583,20	22.305,60	27.098,40	25.995,73
Sub Total	56.429,20	50.150,60	54.943,40	53.841,07
<i>Custos Indiretos</i>				
Apoio ao diagnóstico	8.468,00	5.984,80	8.870,40	7.774,40
Tratamento	45.954,00	39.260,20	49.294,80	44.836,33
Processamento de material	962,40	982,40	1.252,80	1.065,87
Serviços prestados - Pessoa Física		1.952,80	2.000,80	1.976,80
Infra estrutura predial	3.894,20	4.040,80	3.940,20	3.958,40
Sub Total	59.278,60	52.221,00	65.359,00	58.952,87
<i>Over Head</i>				
Sub Total	8.420,00	7.185,00	7.684,00	7.763,00
Custo Total	124.127,80	109.556,60	127.986,40	120.556,93
<i>Indicadores de Avaliação</i>				
Taxa de ocupação	65,00%	65,00%	65,00%	65,00%
Número de leitos disponíveis	32	32	32	32
Média de permanência	6,00	6,00	6,00	6,00
Número de pacientes/dia	624	624	624	624
Custo paciente/dia	198,92	175,57	205,11	193,20
Número de pacientes atendidos	104	104	104	104,00
Custo/paciente	1.193,54	1.053,43	1.230,64	1.159,20

Fonte: Pesquisa realizada pela autora

**Quadro 48: Demonstrativo dos custos médios da Ginecologia
HC/UFPE, ano de 2001 (Cenário 04)**

Ginecologia (Cenário 4)				
Meses	mar/01	abr/01	mai/01	Média
<i>Custo Direto</i>				
Recursos humanos	7.561,00	7.569,00	7.569,00	7.566,33
Materiais, medicamentos e alimentação	7.774,00	5.834,00	7.547,00	7.051,67
Sub Total	15.335,00	13.403,00	15.116,00	14.618,00
<i>Custos Indiretos</i>				
Apoio ao diagnóstico	3.418,00	1.826,00	3.156,00	2.800,00
Tratamento	15.772,00	15.962,00	16.563,00	16.099,00
Processamento de material	231,00	213,00	429,00	291,00
Infra estrutura predial	537,00	147,00	539,00	407,67
Sub Total	19.958,00	18.148,00	20.687,00	19.597,67
<i>Over Head</i>				
Sub Total	1.535,00	1.492,00	1.427,00	1.484,67
Custo Total	36.828,00	33.043,00	37.230,00	35.700,33
<i>Indicadores de Avaliação</i>				
Taxa de ocupação	65,00%	65,00%	65,00%	65,00%
Número de leitos disponíveis	11	11	11	11
Média de permanência	4,00	4,00	4,00	4,00
Número de pacientes/dia	215	215	215	215
Custo paciente/dia	171,69	154,05	173,57	166,44
Número de pacientes atendidos	54	54	54	53,63
Custo/paciente	686,77	616,19	694,27	665,74

Fonte: Pesquisa realizada pela autora