

Wagner de Lima Cordeiro¹
Adriana Falangola Benjamin Bezerra¹
Pollyanna Dutra Sobral¹
Juliana Da Silva Nogueira Carvalho¹

¹Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

RESUMO

Introdução: O Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) foi instituído pelo Ministério da Saúde, para impulsionar a administração de custos no setor público de saúde, utilizando a metodologia de custeio por absorção. Apesar de ser uma ferramenta gratuita, das 41 unidades hospitalares da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), somente 11 haviam formalizado sua adesão até agosto de 2022. **Objetivo:** Este estudo buscou examinar os fatores que exercem influência na adesão ao PNGC nos hospitais da rede EBSERH. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo de campo, descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa e qualitativa (análise de conteúdo), utilizando as respostas fornecidas por 33 dos 38 chefes dos setores de contabilidade (SCONT) da EBSERH. A coleta de informações foi feita através do *Microsoft Forms*, sendo o instrumento disponibilizado entre 11 de setembro e 13 de outubro de 2023. **Resultados:** 87,9% dos participantes são chefes titulares do SCONT, 81,8% possuem mais de um ano de experiência na função, e 75,8% têm a especialização como sua mais alta titulação. 42,42% declararam que a unidade hospitalar a que pertencem aderiu espontaneamente ao PNGC, enquanto 57,58% reportaram a não adesão voluntária. As principais barreiras mencionadas durante a adesão voluntária foram ligadas à ausência de dados confiáveis e precisos, à necessidade de aporte de recursos operacionais e financeiros, a questões inerentes ao Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (ApuraSUS) e ao PNGC, e à resistência às mudanças organizacionais. Os avanços reportados após a adesão ao PNGC incluem a melhoria na qualidade dos serviços prestados, o aumento da eficiência operacional, a tomada de decisão fundamentada em dados e a estabilidade financeira do hospital. **Conclusão:** Para que a adesão ao PNGC seja incentivada, são propostas medidas que englobam a comunicação e capacitação, aprimoramento da ferramenta, concessão de incentivos e premiações e a institucionalização do PNGC.

Palavras-chave: Custos e Análise de Custo; Hospitais Universitários; Recursos Financeiros em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The National Cost Management Program (PNGC) was instituted by the Ministry of Health of Brazil to boost cost administration in the public health sector, utilizing the absorption costing methodology. Despite being a free and accessible tool, only 11 out of the 41 hospital units belonging to the Brazilian Hospital Services Company (EBSERH) had formalized their adherence to the program by August 2022. **Objective:** his study sought to examine the factors that influence adherence to the National Cost Management Program in EBSERH network Hospitals. **Material and Methods:** This was a descriptive and exploratory field study, employing a quantitative and qualitative approach (content analysis), using the responses provided by 33 of the 38 heads of the accounting sectors (SCONT) within EBSERH. Information was collected using the Microsoft Forms platform, with the instrument made available between September 11 and October 13, 2023. **Results:** Among the participants, 87.9% are the incumbent heads of the SCONT sector, 81.8% have more than one year of experience in the role, and 75.8% hold specialization as their highest qualification. In terms of adherence, 42.42% declared that their affiliated hospital unit spontaneously joined the PNGC, while 57.58% reported voluntary non-adherence. The main barriers mentioned during voluntary adherence were linked to the lack of precise and reliable data, the need for financial and operational resources, issues inherent to SUS Cost Accounting and Management System (ApuraSUS) and the PNGC itself, and resistance to organizational changes. The progress reported after PNGC adherence includes the improvement in the quality of services provided, the increase in operational efficiency, data-driven decision making, and the financial stability of the university hospital. **Conclusion:** In order to encourage adherence to the PNGC, measures are proposed that encompass: communication and training, tool enhancement, the provision of incentives and awards, and the institutionalization of the PNGC.

Keywords: Costs and Cost Analysis; Hospitals, University; Financial Resources in Health.

✉ **Wagner Cordeiro**

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, 1235 -
Cidade Universitária, Recife.
CEP: 50670-901
✉ wagner.cordeiro@ufpe.br

Submetido: 04/09/2025

Aceito: 17/12/2025



INTRODUÇÃO

A compreensão dos custos no setor público, em particular na saúde e nas instituições hospitalares, é uma área que carece de maior aprofundamento, apesar das iniciativas existentes. Organizações de natureza pública e sem fins lucrativos frequentemente demonstram uma tendência a se descuidar do controle orçamentário, o que se constitui em um desafio para a gestão de custos efetiva.¹

O debate acerca do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), em particular dos serviços prestados em hospitais, é fundamental, dada a ausência de informações acuradas sobre a aplicação dos recursos e a clara necessidade de mais investigações sobre o tema.²

Adicionalmente, o cuidado hospitalar consome uma parte significativa dos gastos totais do sistema de saúde, tornando o exame da sua eficiência um ponto crucial de discussão.³ Face ao progressivo aumento dos custos na área da atenção à saúde, a informação de custos torna-se indispensável para a justificação das transferências financeiras entre esferas de governo.⁴

A análise do financiamento do sistema de saúde não se completa sem a consideração da sua eficiência, sublinhando a importância primordial da informação de custos. É crucial produzir informações de custos com precisão, a fim de viabilizar uma gestão eficiente dos recursos disponíveis.⁵ A crise econômica foi agravada pela pandemia de COVID-19, resultando em uma maior redução das receitas públicas e impondo entraves na oferta de serviços.⁶

Em resposta a este cenário desafiador, o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) se apresenta como uma estratégia relevante que visa impulsionar a gestão de custos no SUS. Seu propósito é gerar, disseminar e refinar informações de custos oportunas e exatas, servindo como fundamento para a otimização do desempenho de todos os níveis de assistência à saúde do sistema, incluindo serviços, unidades, regiões e redes.⁷

Para se adequar à diversidade e complexidade das unidades de saúde do SUS, particularmente no que concerne à distribuição exata dos custos indiretos, o PNGC adota o método de custeio por absorção com a técnica de alocação recíproca matricial para o cálculo dos custos. O Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (ApuraSUS), *software* desenvolvido pelo Ministério da Saúde, é a ferramenta por meio da qual essa metodologia é aplicada para o cálculo dos custos nas organizações públicas de saúde.⁷

Embora a metodologia do PNGC esteja acessível, o número de unidades que a utilizavam era de apenas 477 em abril de 2022, um número que se expandiu para 943 até dezembro de 2023, sendo a adesão ao PNGC de natureza voluntária.⁸

Na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), de um total de 41 hospitais, o próprio PNGC registrava apenas 11 adesões voluntárias até agosto de 2022.⁸ Contudo, em agosto de 2022, a administração central da EBSERH tornou a adesão obrigatória para toda a rede hospitalar, por meio de um Ofício-Circular emitido pela Diretoria de Orçamento e Finanças (DOF).

A EBSERH é uma entidade vinculada ao Ministério da Educação (MEC) que estabeleceu acordos de gestão com 32 instituições federais de ensino superior para administrar um total de 41 Hospitais Universitários Federais (HUFs), que prestam serviços abrangentes ao SUS.⁹ Essa rede de hospitais possui uma estrutura complexa, englobando as áreas de gestão, assistência médica, educação, extensão, pesquisa e inovação.

Com o objetivo de aprimorar a gestão através do uso de controles padronizados, a EBSERH implementou uma classificação para seus hospitais, dividindo-os em quatro tipos baseados nas suas respectivas estruturas organizacionais utilizando critérios pré-estabelecidos que deram origem ao Índice de Complexidade Estrutural (ICE).

O ICE é uma métrica que avalia a complexidade da infraestrutura física e tecnológica empregada nos Hospitais Universitários. Conforme Faim¹⁰, o ICE é uma ferramenta de gestão interna, de uso exclusivo da rede EBSERH, e não se encontra disponível para unidades hospitalares externas. Seu cálculo consiste em um escore obtido pela multiplicação de 27 variáveis quantitativas, cada uma com pesos definidos por meio de um consenso em grupos de trabalho interdisciplinares. Esta metodologia foi desenvolvida em colaboração com o *Consoci de Salut i Social de Catalunya* (CSC), no período de 2015 a 2016, com o propósito de permitir uma avaliação comparativa da produção hospitalar.

A partir dos escores alcançados no ICE, os hospitais foram distribuídos em quatro categorias (Tipo I a Tipo IV), organizadas em ordem decrescente de complexidade. Os complexos hospitalares (que englobam mais de uma unidade) foram classificados como Tipo I, e as unidades de menor complexidade como Tipo IV.

Esta pesquisa teve como objetivo principal investigar as causas da baixa adesão ao PNGC nos hospitais universitários geridos pela EBSERH, e, subsequentemente, propor um conjunto de medidas que possam estimular essa adesão. Espera-se que os resultados deste diagnóstico possam subsidiar os gestores na elaboração de estratégias replicáveis em outras instituições de saúde, visando fomentar a adesão ao PNGC de forma sustentável e com elevada eficiência.

MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa se caracteriza como um estudo de campo, com delineamento descritivo e exploratório.¹¹ A metodologia empregou abordagens

quantitativas e qualitativas, com foco na análise de conteúdo. O objetivo central foi avaliar a percepção dos gestores de hospitais da rede EBSERH, localizados no Brasil, acerca dos elementos que influenciam a decisão de aderir ao PNGC.

O universo amostral consistiu nas chefias dos Setores de Contabilidade (SCONT) das unidades hospitalares da EBSERH. Dos 38 chefes de setor existentes na instituição, 33 participaram da pesquisa, fornecendo as respostas analisadas. A decisão para se limitar o universo amostral aos chefes do SCONT se deu por serem essas as chefias determinadas pela EBSERH como responsáveis pelo processo de implantação do ApuraSUS em seus hospitais.

Os critérios de elegibilidade para a participação incluíram as chefias com tempo de atuação igual ou superior a três meses no cargo (seja titular ou substituto). Foram excluídos os questionários que se apresentavam incompletos ou aqueles preenchidos por indivíduos que não detinham a função de chefia (titular ou substituta). As variáveis investigadas abrangiam o perfil profissional dos participantes, detalhando a função, a formação e o grau de escolaridade. Além disso, buscou-se coletar dados referentes ao nível de conhecimento em gestão de custos e as opiniões a respeito da adesão ao PNGC.

A coleta de dados foi realizada por intermédio de um questionário *online*, que integrava questões abertas e fechadas.¹² O instrumento continha um total de 39 questões, das quais 37 se relacionavam diretamente ao tema do estudo, após a exclusão de duas relativas à concordância em participar. Dessas, 28 questões compunham o núcleo central, sendo obrigatórias para todos, e nove eram exclusivas dos participantes cujos hospitais haviam aderido voluntariamente ao PNGC.

A elaboração do questionário foi realizada em cinco etapas: I- Revisão da literatura, II- Definição dos aspectos a serem investigados, III- Desenvolvimento do questionário, IV- pré-teste e V- Adequação do questionário. As etapas de "pré-teste" e "adequação do questionário" foram realizadas apenas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

O questionário foi desenvolvido e implementado utilizando a plataforma *Microsoft Forms*, e foi disseminado eletronicamente, com contato individualizado às chefias dos SCONTs por e-mail institucional e Microsoft Teams (ferramenta de uso interno da EBSERH). O período de coleta estendeu-se de 11 de setembro a 13 de outubro de 2023. Adicionalmente, informações referentes ao status de adesão ao PNGC por porte de hospital foram coletadas de um painel de monitoramento da sede da EBSERH, com dados datados de 30 de outubro de 2023.

A sumarização dos dados categóricos foi efetuada através da apuração de frequência e percentual. Para a comparação de proporções e a verificação de modificações significativas na adesão ao PNGC nas unidades hospitalares, foram empregados os testes estatísticos Qui-quadrado de aderência, o teste exato

de Fisher e o Z de proporção. Definiu-se o nível de significância em $\alpha = 5\%$, correspondente a um nível de confiança de 95%.

As questões abertas foram submetidas a técnicas de mineração de texto. Previamente à análise textual, adotou-se a remoção de *stopwords* (termos de baixa relevância como "de", "a", "o"), seguindo a lista padrão da linguagem R.¹³ Ademais, pontuações, espaços excedentes e números foram excluídos. A análise de conteúdo qualitativa foi estruturada em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.¹⁴ A análise das respostas discursivas foi processada com o suporte do *software* Nvivo 14.¹⁵

Na pré-análise, procedeu-se à leitura exploratória dos questionários, fixando o tema como unidade primária de análise. O processo de codificação subsequente envolveu a busca por padrões, temas recorrentes ou tópicos com relevância, para apreender as ideias centrais manifestadas nas respostas.

A fase de exploração do material utilizou o *software* Nvivo 14 para auxiliar na codificação, aplicando a metodologia instrumental. Esta abordagem focou na codificação objetiva e direta, baseada em características visíveis, tangíveis e mensuráveis dos dados, evitando interpretações subjetivas. Os códigos gerados foram categorizados pelo método indutivo, sendo agrupados em categorias mais amplas e temas subjacentes para reduzir a redundância e facilitar a compreensão dos padrões.

No tratamento dos resultados (fase final), as categorias foram examinadas pela unidade de significância do conceito central. Buscou-se a identificação de incidentes críticos considerados significativos e ilustrativos. A análise frequencial também foi aplicada, consistindo na contagem das ocorrências de temas ou conceitos, a fim de determinar a prevalência e a importância relativa dos elementos nos dados.

Além da análise isolada de questões e temas, estabeleceu-se a correlação entre as respostas. O objetivo foi identificar inter-relações com fatores como porte dos hospitais, adesão voluntária ou não ao PNGC, dificuldades, avanços, percepções e estratégias de incentivo à adesão ao programa.

O protocolo de pesquisa obteve aprovação ética em 04 de setembro de 2023, concedida pelo CEP do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. O projeto foi registrado sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 73112123.5.0000.8807, e o parecer de aprovação foi formalizado com o número 6.280.007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A investigação de campo compreendeu a entrevista de 33 gestores, de um total de 38 chefes dos Setores de Contabilidade (SCONTs). O perfil

demonstrado por esses profissionais indica que 87,9% são chefes titulares, e 81,8% possuem mais de um ano de atuação na função. Quanto à qualificação acadêmica, 75,8% apresentam Especialização como grau máximo, e 21,2% são mestres conforme Tabela 1.

No que se refere à participação no programa, 42,42% (n=14) dos indivíduos inquiridos informaram que o hospital ao qual estão vinculados aderiu ao Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) de forma voluntária, enquanto a maioria, com 57,57% (n=19), reportou a não adesão voluntária.

Tabela 1: Caracterização do perfil profissional dos entrevistados, 2023.

Características	Adesão voluntária		
	Sim(n=14)	Não (n=19)	P-valor
Qual sua função atual?			0,8328
Chefe titular do Setor de contabilidade	12 (36,4%)	17 (51,5%)	
Chefe substituto (a) do Setor de contabilidade	2 (6,0%)	2 (6,0%)	
Tempo de serviço			1
Até 4 anos	8 (0,0%)	10 (15,2%)	
Mais de 4 anos	6 (18,2%)	7 (3,0%)	
Não informou	0 (0,0%)	1 (3,0%)	
Qual o seu grau de escolaridade?			0,3966
Especialização	11 (33,3%)	14 (42,4%)	
Graduação	1 (3,0%)	0 (0,0%)	
Mestrando	2 (6,1%)	5 (15,2%)	

Legenda: ¹Chi-squared

Houve uma divergência com o registro oficial do PNGC, que indicava apenas 11 hospitais da rede EBSEH com adesão voluntária. Para os propósitos deste estudo, considerou-se a informação declarada pelos respondentes.

A caracterização de adesão voluntária ou não foi definida com base na participação institucional antes da obrigatoriedade imposta pelo Ofício-Circular - SEI nº 1/2022/SIGC/CCF/DOF-EBSEH, emitido em agosto de 2022 pela Diretoria de Orçamento e Finanças (DOF), que institucionalizou a adesão de toda a rede hospitalar.

Observou-se que o índice médio de conclusão da implementação do sistema ApuraSUS demonstra uma proporção inversa ao porte do hospital. Unidades hospitalares classificadas como de menor porte (Tipo III e Tipo IV) apresentaram uma maior concentração nos quartis inferiores de adesão, sendo que nenhum hospital do Tipo IV reportou a implementação plena do ApuraSUS.

Identificou-se uma diferença estatisticamente significativa para os percentuais de respondentes com adesão ou não ao PNGC (*P-valor*: 0.002), ao nível de 5% de significância, o que confirma a correlação direta entre a adesão voluntária e a execução efetiva da implementação do ApuraSUS. Contudo, não é possível determinar se esta variação é um resultado direto do tempo transcorrido após a adesão ou do empenho

dedicado das equipes.

Ao serem questionados sobre os fatores motivadores para a adesão voluntária ao PNGC, os gestores apontaram majoritariamente os aspectos econômicos e financeiros (42%), a necessidade de obtenção de informações qualificadas e confiáveis (31%) e a influência de fatores externos (23%). Para as unidades que não aderiram voluntariamente, as razões predominantes foram a resistência à mudança organizacional (36%), a necessidade de recursos operacionais e financeiros (29%) e os fatores externos (17%), (Figura 1).

Especificamente, para os gestores de hospitais Tipo I e Tipo II que não aderiram voluntariamente, a decisão foi atribuída, em primeiro plano, à carência de recursos operacionais e financeiros e à oposição à mudança. Nota-se que 67% dos gestores de hospitais Tipo I e 17% dos gestores de hospitais Tipo II ligaram a não adesão à necessidade de recursos financeiros e operacionais. Nos hospitais de Tipo III e IV, 20% e 33%, respectivamente, mencionaram, além dos motivos anteriores, fatores externos como razão da não adesão.

Nos hospitais de menor porte (Tipo IV), 33% dos participantes relataram não ter identificado uma causa específica para a não adesão voluntária ao ApuraSUS.

Foram apresentadas ações hipotéticas e solicitada a classificação de seu impacto (escala de 1 a

IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE APURAÇÃO DE CUSTOS POR PORTE DO HOSPITAL

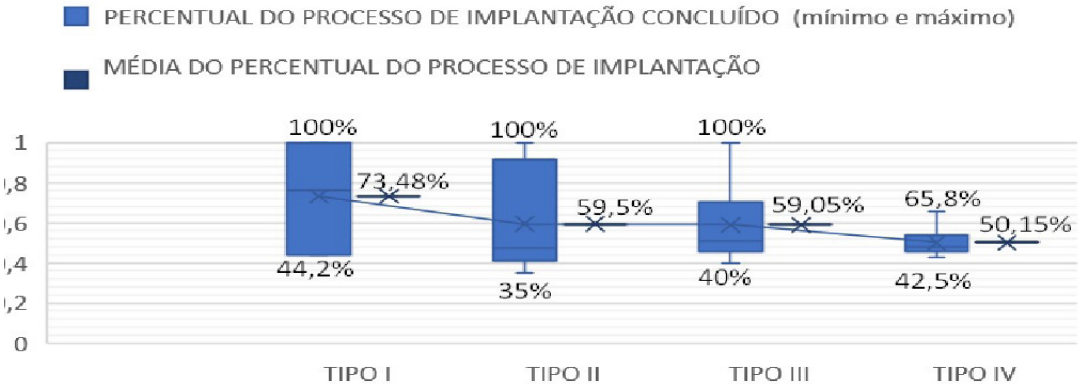


Figura 1: Implantação do ApuraSUS por porte do hospital, 2023.

10, sendo 10 o maior impacto) na decisão de aderir ao PNGC e implementar o ApuraSUS.

As respostas foram agrupadas em baixo impacto (01 a 04), médio impacto (05 a 07) e alto impacto (08 a 10). Embora sem observação de diferenças estatisticamente significativas, o “Investimento em infraestrutura física e equipamentos” obteve o menor percentual de classificação de alto impacto. Em contraste, as propostas de incentivos financeiros, a capacitação e sensibilização do pessoal, e as ações ligadas à usabilidade e integração do sistema registraram um percentual elevado de alto impacto.

Em adição às ações sugeridas, foi feita a pergunta aberta “quais outras ações você acredita que impactariam positivamente na propensão dos gestores em aderir ao PNGC e ao ApuraSUS?” que teve suas respostas livres agrupadas na categoria “As projeções como base: expectativas de desempenho”, organizada em códigos (Figura 2).

Os participantes foram igualmente questionados sobre as principais dificuldades encontradas durante o processo de adesão voluntária, sendo os códigos atribuídos e agrupados na categoria “Os obstáculos como alertas: barreiras percebidas”. Estes códigos incluíam a falta de dados precisos e confiáveis, a necessidade de recursos financeiros e operacionais, questões relacionadas ao ApuraSUS e ao PNGC, a resistência à mudança organizacional, fatores externos ou nenhuma barreira percebida.

Ao analisar os principais resultados obtidos após a adesão ao PNGC, verificou-se que 45% das respostas se referem à tomada de decisões baseada em dados, 25% à sustentabilidade financeira do hospital, e 15% ao aumento da eficiência operacional. As respostas apresentaram a distribuição da Figura 3.

A comparação entre os motivos de adesão voluntária (“Quais foram os principais motivos que levaram sua instituição a aderir voluntariamente ao

Obtenção de informação qualificada e confiável 27%	Aspectos econômicos e financeiros 20%	Relacionadas ao apuraSUS e ao PNGC 13%	Relacionados a fatores externos 40%
Quaisquer ações que pudessem oferecer informações relevantes para o processo decisório, principalmente para a contratualização.	Premiação aos hospitais que implantarem e que publicarem pesquisas sobre o tema	Outro questionamento que temos é em relação à conformidade das atividades de custos com a NBC TSP34 - Custos no Setor Público. Pelo que foi apresentado, o Apurasus também não atende a essa norma. Então, acredito que o Apurasus não seria o sistema mais adequado para a gestão de custos na rede. Temos outros sistemas mais adequados, como a Planisa	Determinação do fluxo padronizado para toda a rede, devido a importância e relevância para o Setor Público e por ser uma atividade que para obter sucesso deve-se alterar, melhorar ou implementar controles nas diversas áreas do hospital, o que demanda comprometimento de todos, além do Setor de Contabilidade. Entendo que a ESEFH Sede já adiantou a determinação de adesão por a rede, o que ajuda e auxilia o trabalho da Contabilidade
A grande meta da alta gestão do hospital é conhecer os custos por procedimentos, que, até onde sei, não será possível com o Apurasus	Premiação	A integração com sistemas estruturantes (SIAF, SI/ADS, SIAFE, AGHU, SIG e ETC.)	Estabelecimento de prazos para fechamento mensal e envio à Sede
Ter relatórios mais precisos para a tomada de decisão	INCENTIVO FINANCEIRO		um bom sistema de gestão administrativa financeira interno ajudaria muito na implantação da metodologia do apurasus
ser utilizado amplamente pelas áreas do hospital para verificar os custos que incorrem a realização dos seus trabalhos e verificar a possibilidade de economia e eficiência dos recursos financeiros			Possibilidade de Comparabilidade dos resultados. Ranking
			Reconhecimento de hospital com boas práticas de gestão
			A utilização de forma consolidada, pela Sede, dos dados apurados por cada hospital, para tomada de decisões estratégicas

Figura 2: Outras ações relatadas que impactariam positivamente na propensão dos gestores em aderir ao PNGC e ao ApuraSUS.

PNGC?”) e não adesão voluntária (“Quais foram os principais motivos que levaram sua instituição a não aderir voluntariamente ao PNGC?”) permitiu contrastar as decisões.

Nos hospitais com adesão voluntária, a decisão foi primariamente impulsionada por aspectos econômicos e financeiros (42%), pela busca por informação confiável e qualificada (31%) e por fatores externos (23%).

Os obstáculos como alerta: barreiras percebidas	GERAL	TIPO I	TIPO II	TIPO III	TIPO IV
Falta de dados precisos e confiáveis	29%	43%	29%	25%	0%
Fatores externos	0%	0%	0%	0%	0%
Necessidade de recursos financeiros e operacionais	17%	14%	29%	13%	0%
Nenhuma	8%	0%	0%	0%	100%
Relacionadas ao apuraSUS e ao PNGC	25%	14%	29%	38%	0%
Resistência à mudança organizacional	21%	29%	14%	25%	0%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%

Figura 3: Principais dificuldades relatadas quando da adesão ao PNGC

Nos hospitais que não aderiram voluntariamente, a decisão se fundamentou na resistência à mudança organizacional (36%), na necessidade de recursos financeiros e operacionais (29%) e em fatores externos (17%).

É relevante o contraste de que a ausência de uma cultura de gestão de custos foi citada tanto como um fator que estimulou a adesão voluntária em uma instituição quanto como um obstáculo impeditivo da adesão em outra, conforme evidenciado nos incidentes críticos (Quadro 1).

Questionados sobre os motivos para recomendar a adesão do PNGC a outras organizações, a maioria das respostas se relaciona à sustentabilidade financeira do hospital, a fatores intrínsecos ao sistema e à necessidade de decisão embasada em dados (Figura 4).

Em relação aos motivos para NÃO recomendar a adesão, embora todos os entrevistados tenham manifestado que fariam a recomendação, um único participante apontou duas ressalvas específicas relativas às funcionalidades do *software* (Figura 5).

Quadro 1: Falta de cultura de apuração de custos como justificativa para adesão voluntária e para não adesão ao PNGC.

Motivos que levaram sua instituição a aderir voluntariamente ao PNGC	Motivos que levaram sua instituição a NÃO aderir voluntariamente ao PNGC
A falta da cultura e sensibilização de todos na instituição da necessidade de envolvê-los na missão de apurar e organizar dados a serem fornecidos ao gerenciamento de custo, assim como a ausência de um sistema que consolidasse, proporcionasse e fornecesse de maneira mais efetiva e ágil as informações de custos coletadas e geridas pelo setor de custos.	A unidade hospitalar não tinha uma cultura de apurar custos e com isso outras demandas foram priorizadas. Aqui no Hospital o setor de contabilidade era junto com o de orçamento. Com as altas demandas, provavelmente orçamento deve ter ficado como prioridade.

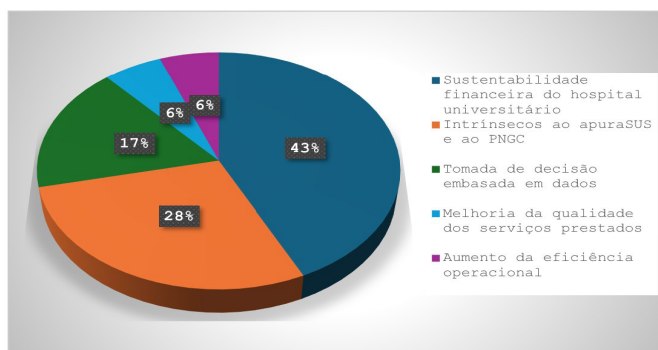


Figura 4: Motivos para recomendar a adesão ao PNGC para outras organizações.

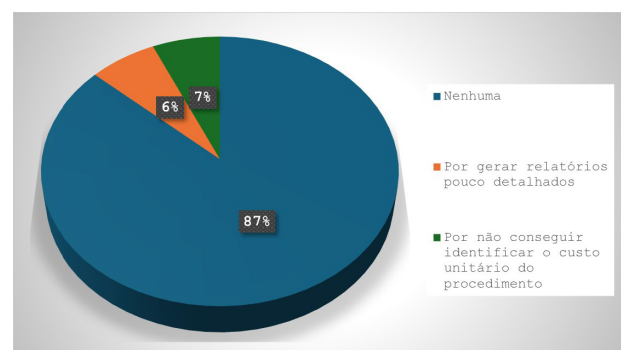


Figura 5: Motivos para NÃO recomendar a adesão ao PNGC para outras organizações.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados desta pesquisa e na vasta bibliografia que aborda os desafios inerentes à implantação de um sistema de gestão de custos, são propostas diversas estratégias e ações para fomentar a adesão ao PNGC, organizadas em quatro áreas centrais: divulgação e treinamento, melhorias na ferramenta, incentivos e premiações e institucionalização do PNGC.

Divulgação e treinamento

Conforme apontado por Franco¹⁶, a introdução de novos *softwares* e a otimização de fluxos de trabalho institucionais exigem investimentos consideráveis, o que é uma característica marcante no cenário corporativo atual.

Neste quadro, é crucial dispor de uma equipe de colaboradores focada integralmente na melhoria dos procedimentos, superando os obstáculos inerentes a cada iniciativa. Contudo, é indispensável enfatizar o papel da comunicação interna e da formação como um suporte essencial para esta evolução. O aperfeiçoamento dos processos envolve a assimilação de noções que, muitas vezes, não são intuitivas e podem ir de encontro a práticas já consolidadas por alguns profissionais.

A partir dos dados colhidos nesta pesquisa, constatou-se que a falta de familiaridade com o PNGC e com o seu *software* de apoio (ApuraSUS) constituiu-se em um dos fatores que dificultaram a adesão e a implementação do programa.

Assim, sugere-se como estratégia de incentivo à adesão ao PNGC a promoção de ações de comunicação sobre o programa e suas funcionalidades direcionadas aos líderes das instituições de saúde, o incentivo à disseminação dos resultados positivos obtidos por organizações já participantes, além da oferta de cursos, *workshops* e formação especializada para aqueles responsáveis pela tomada de decisão.

Melhorias na ferramenta

O desenvolvimento de soluções sem foco no usuário final pode gerar falhas notáveis em usabilidade e na experiência de quem o utiliza, resultando em uma cadeia de questões como erros de *design*, descontentamento dos usuários, dificuldades ergonômicas e pontos de fragilidade.¹⁷

De acordo com os resultados apurados neste estudo, quando os gestores foram inquiridos sobre quais ações aumentariam a probabilidade de adesão ao PNGC e ao ApuraSUS, a alternativa com o segundo maior índice de classificação como de alto impacto foi a “customização do sistema para se adequar às necessidades e particularidades do hospital”. Adicionalmente, várias das dificuldades e dos contratempos observados na implantação do ApuraSUS foram atribuídos a

insuficiências e falhas da própria plataforma.

Entre as requisições de melhoria do sistema mencionadas pelos participantes do levantamento, destacam-se: a integração com as demais plataformas essenciais (SIAFI, SIADS, SIAPE, AGHU, SIGP etc.) para reduzir a inserção manual de dados, a inclusão da funcionalidade de emissão de relatórios com maior nível de detalhamento, a exibição do dado de custo unitário para os procedimentos e insumos e a oferta de ferramentas para a comparação dos resultados com outras entidades (*benchmarking*).

Incentivos e premiações

Um dos dez princípios fundamentais da economia, conforme estabelecido por Mankiw,¹⁸ é o de que os indivíduos respondem a estímulos. Esses estímulos são dispositivos que motivam as pessoas a agirem com base na expectativa de uma sanção ou de uma bonificação.¹⁹

Na presente investigação, ao serem questionados sobre as medidas que elevariam a propensão dos gestores a aderir ao PNGC e a utilizar o ApuraSUS, a alternativa que obteve a maior classificação de alto impacto foi o provimento de incentivos de natureza orçamentária e financeira para as unidades que implementarem o programa. Isso inclui o reconhecimento por meio de premiações aos hospitais que efetivamente implantarem o ApuraSUS e que produzirem e divulgarem pesquisas relacionadas ao tema.

Institucionalização da ferramenta

Ao serem questionados sobre as ações que tornariam os gestores mais favoráveis à adesão ao PNGC e à implementação do ApuraSUS, alguns participantes indicaram como fator de estímulo a obrigatoriedade do uso do sistema e a utilização consolidada dos dados apurados individualmente por cada hospital pela administração central (Sede) para guiar as decisões estratégicas e a distribuição de verbas.

Um exemplo de sucesso na institucionalização da gestão de custos e do PNGC é a ação do Governo do Distrito Federal (DF), que em 2013, formalizou a gestão de custos como uma política institucional²⁰ e, em 2020, estabeleceu a adesão e o uso do ApuraSUS como práticas compulsórias.²¹

Os achados desta pesquisa realçam a necessidade imediata de expandir o uso da gestão de custos nas unidades hospitalares públicas, com o propósito específico de alcançar uma avaliação mais exata e uma alocação mais eficiente dos recursos financeiros, o que é vital para a perenidade das instituições de saúde.

Essa expansão está intrinsecamente ligada à escolha de uma plataforma que viabilize os procedimentos de gerenciamento de custos de maneira mais expedita,

prática, parametrizada e passível de comparação.

Como a presente análise se limitou aos hospitais administrados pela EBSEH, compreendemos que a realização de estudos semelhantes em instituições de outras esferas de governo e nível de complexidade deve contribuir para melhor compreender os achados comparando-os. Ratificando, portanto, a realização de estudos futuros sobre a temática.

Apesar de o escopo deste estudo estar circunscrito à análise das condições observadas nos hospitais da rede EBSEH, a realização de novas investigações para monitorar os resultados provenientes da implementação do ApuraSUS nessas unidades pode fornecer *insights* valiosos para a compreensão do processo de gestão e implementação de custos no âmbito da saúde pública.

1. Ministério da Saúde (BR). O sistema público de saúde brasileiro. Seminário Internacional - tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas [Internet]. 2022 [citado em 2025 set. 25]; Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desempenho. Boletim: economia da saúde [Internet]. 2022 [citado em 2025 set. 11]; Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/boletim_economia_saude_se_3agosto2022.pdf.
3. Ramos ALM, Leone RJG, Souza LA, Cruz VL, Félix Júnior LA. Gestão de custos aplicada ao setor público: percepções de gestores e contadores no IFRN. *Desenvolve Rev Gest Unilasalle*. 2020;9(3):77. DOI: 10.18316/desenv.v9i3.5656.
4. Vieira FS. Produção de informação de custos para a tomada de decisão no Sistema Único de Saúde: uma questão para a política pública [Internet]. 2017 [citado em 2025 set. 5]; Disponível em: <https://www.econstor.com.eu/handle/10419/177530>.
5. Dowell, MCM, Ferreira, SN, Fritscher, AM. O Sistema de custos: uma ferramenta para melhorar a qualidade do gasto público - Gestão fiscal [Internet]. BID Melhorando Vidas. 2021 [citado em 2025 set. 5] Disponível em: <https://www.iadb.org/pt-br/blog/modernizacao-do-estado/gestao-fiscal/o-sistema-de-custos-uma-ferramenta-para-melhorar-qualidade-do-gasto-publico>.
6. Rodrigues AKS, Oliveira LB Jr, Vieira BB, Miranda CR. Desafios da gestão de hospitais públicos brasileiros no cenário da pandemia COVID-19. *HU Rev*. 2020; 460:1-2. DOI: 10.34019/1982-8047.2020.v46.30492.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 55, de 10 de janeiro de 2018 [Internet]. 2018 [citado em 2025 set. 10]; Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0055_12_01_2018.html.
8. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Gestão de Custos [Internet]. 2022 [citado em 2025 set. 09]; Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/pngc>.
9. Silva GO, Araújo R, Filgueiras F. Dados abertos: uma análise da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e de sua rede de hospitais universitários federais [Internet]. *Rev CGU*. 2022 [citado em 2025 set. 09.]; 20;14(26). Disponível em: https://revista.cgu.gov.br/Revista_da_CGU/article/view/527.
10. Faim R. Adesão à EBSEH: uma avaliação da nova gestão dos hospitais universitários federais [dissertação] [Internet]. Brasília: UNB; 2021 [citado em 2025 set. 05]; Disponível em: <http://repositorio2.unb.br/handle/10482/42184>.
11. Gil, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 7. ed. São Paulo: Editora Atlas; 2022.
12. Bortolozzi AC. Questionário e entrevista na pesquisa qualitativa: elaboração, aplicação e análise de conteúdo [Internet]. 2020 [citado em 2025 ago. 25]. Disponível em: <https://pedrojoaoeditores.com.br/wp-content/uploads/2022/01/manual-didaticoebook-1.pdf>
13. The R Core Team. R: a language and environment for statistical computing reference index [Internet]. [citado em 2025 ago. 25]. Disponível em: <https://www.scirp.org/reference/>.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2017.
15. Lumivivo. NVIVO 14 for Windows [Internet]. 2023 [citado em 2025 jul. 25]. Disponível em: <https://lumivivo.com/product/nvivo-14/>.
16. Franco MMN. Simples sequência para controlar e organizar o desenvolvimento de rotinas administrativas com engenharia de software: proposta de implementação no setor de registro hospitalar. *RECIMA21 Rev Cient Multidiscip*. 2023;4(1):e412530. DOI: 10.47820/recima21.v4i1.2530.
17. Azevedo PM, Gibertoni D. Importância do design centrado no usuário em metodologias ágeis como requisito de usabilidade. *Rev Interface Tecnológica*. 2020;17(2):293-305. DOI: 10.31510/infa.v17i2.986.
18. Mankiw NG. Princípios de microeconomia. 6. ed. São Paulo: Cengage Learning; 2016.
19. Juário, EC. Mudança institucional e estrutura de governança: como as organizações gerenciam as práticas de incentivo [Tese] [Internet]. São Paulo: USP; 2020 [citado em 2025 jul. 25]. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-24062020-185500/pt-br.php>.
20. Distrito Federal (BR). Portaria nº 288, de 25 de outubro de 2013 [Internet]. 2013 [citado em 2025 ago. 25].

Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/75298/Portaria_288_25_10_2013.pdf.

21. Secretaria da Saúde (BR). Portaria nº 965, de 23 de dezembro de 2020 [Internet]. Brasília: Secretaria de Saúde do Distrito Federal; 2020 [citado em 2025 ago. 25]. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/de26ff435850478abb819dd91f6560ea/Portaria_965_23_12_2020.html.