

Custos na Área da Administração Hospitalar: Estudo de Caso Aplicado na Organização de Processos do Bloco Cirúrgico de Hospital

Antônio Marcos de Oliveira (UFPR) - amo.maiara3005@hotmail.com

Blênio Cesar Severo Peixe (UFPR) - bleniocsp@gmail.com

Adriana Maria Miguel Peixe (UFPR) - ammp5196@gmail.com

Resumo:

O estudo tem como objetivo evidenciar as etapas de implantação do processo de organização administrativa e reordenamento de produção cirúrgica no bloco cirúrgico de hospital filantrópico na cidade de Curitiba, no período de junho de 2015 a 2016. O trabalho em questão possui natureza descritiva e exploratório. Quanto aos procedimentos, caracteriza-se como uma pesquisa documental, bibliográfica e estudo de caso. E quanto ao problema de pesquisa quali-quantitativa. O estudo de caso foi aplicado no bloco cirúrgico de emergência de hospital filantrópico na cidade de Curitiba. Utilizou-se do levantamento de dados, informações, indicadores e relatórios gerenciais com o emprego de técnicas de administração, contábeis e estatísticas para mensurar os custos de produção do bloco cirúrgico e o cancelamento de cirurgias, após a implantação dos processos de organização administrativa. Em relação ao cancelamento de cirurgias verificou-se redução nos números apurados. A realização de cirurgias de alta complexidade fora priorizada e incentivada para contribuir com o aumento das receitas e elaboração de projetos voltados a ampliação da produção cirúrgica de alta complexidade. Evidenciou importante avanço na segurança do paciente por meio da implantação do protocolo de cirurgia segura no bloco cirúrgico, contemplando os 3 (três) centros cirúrgicos em operação no Hospital.

Palavras-chave: Custos. Administração Hospitalar. Organização de Processos. Bloco Cirúrgico de Hospital.

Área temática: Custos como ferramenta para o planejamento, controle e apoio a decisões

Custos na Área da Administração Hospitalar: Estudo de Caso Aplicado na Organização de Processos do Bloco Cirúrgico de Hospital

Resumo

O estudo tem como objetivo evidenciar as etapas de implantação do processo de organização administrativa e reordenamento de produção cirúrgica no bloco cirúrgico de hospital filantrópico na cidade de Curitiba, no período de junho de 2015 a 2016. O trabalho em questão possui natureza descritiva e exploratório. Quanto aos procedimentos, caracteriza-se como uma pesquisa documental, bibliográfica e estudo de caso. E quanto ao problema de pesquisa quali-quantitativa. O estudo de caso foi aplicado no bloco cirúrgico de emergência de hospital filantrópico na cidade de Curitiba. Utilizou-se do levantamento de dados, informações, indicadores e relatórios gerenciais com o emprego de técnicas de administração, contábeis e estatísticas para mensurar os custos de produção do bloco cirúrgico e o cancelamento de cirurgias, após a implantação dos processos de organização administrativa. Em relação ao cancelamento de cirurgias verificou-se redução nos números apurados. A realização de cirurgias de alta complexidade fora priorizada e incentivada para contribuir com o aumento das receitas e elaboração de projetos voltados a ampliação da produção cirúrgica de alta complexidade. Evidenciou importante avanço na segurança do paciente por meio da implantação do protocolo de cirurgia segura no bloco cirúrgico, contemplando os 3 (três) centros cirúrgicos em operação no Hospital.

Palavras-chave: Custos. Administração Hospitalar. Organização de Processos. Bloco Cirúrgico de Hospital.

Área Temática: Custos como ferramenta para o planejamento, controle e apoio a decisões

1 Introdução

Estudos evidenciam que o tema saúde tem sido foco de pesquisas como principal preocupação dos gestores públicos em relação aos usuários dos sistemas privados e públicos. Essa evidenciação faz com que as políticas públicas, ações e serviços de saúde assumam, cada vez mais, importância na agenda das sociedades (LORENZETTI et al., 2014). A gestão de estabelecimentos de saúde tem se constituído como verdadeiro desafio para seus administradores. Os quais se deparam diariamente com receitas insuficientes, tabelas de remuneração defasadas e aumento de custos constantes no processo da oferta de serviço de saúde. A pesquisa alvitrada pretende verificar os efeitos e resultados obtidos por consequência da implantação de um processo de organização administrativa e reordenamento de produção, implantada no período de junho de 2015 a 2016, em um bloco cirúrgico de uma instituição hospitalar. Surge a pergunta da pesquisa nesse contexto: Quais as consequências da implantação de um processo de organização administrativa e reordenamento de produção em um bloco cirúrgico de uma instituição hospitalar no período de junho de 2015 a 2016? O estudo tem como objetivo evidenciar as etapas de implantação do processo de organização administrativa e reordenamento de produção de cirurgia no bloco cirúrgico de hospital filantrópico na cidade de Curitiba, no período de junho de 2015 a 2016.

Países de renda baixa ou média têm pouca tradição em análises de custos, o que reflete na produção incipiente de estudos sobre avaliação econômica (SILVA; SILVA e PEREIRA, 2016). A adoção de medidas de gestão hospitalar, controles internos e mensuração dos custos, diante desse cenário se faz necessário para manutenção e funcionamento dos estabelecimentos

de saúde no país. O SUS tem como função realizar ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar. Em especial das Santas Casas e demais entidades filantrópicas que juntas são responsáveis pelo atendimento de mais de 40% dos usuários que buscam tratamentos de saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), (AGENCIABRASIL, 2017).

O artigo foi estruturado no seguinte formato: após esta introdução tem-se o referencial teórico, metodologia, apresentação e análise dos resultados, conclusão e recomendações e, por último as referências.

2 Referencial Teórico

As maiores dificuldades atuais é poder disponibilizar saúde com qualidade e em atendimento as necessidades e demandas crescentes da população. Embora, esta realidade não seja exclusiva do Brasil, há necessidade de investimentos em controles e na redução dos custos do setor. Além do aprimoramento em processos internos com o objetivo de melhorar a produção e a organização administrativa do bloco cirúrgico, se fez necessário à implantação de Coordenação Administrativa. Utilizando ferramentas de gestão como: controles internos, técnicas de administração, contabilidade de custos e sistemas de informações, para permitir uma gestão mais eficaz e eficiente, voltada a manutenção e funcionamento dos serviços de saúde, compatíveis com as receitas obtidas nessa unidade de produção cirúrgica.

2.1 Controles Internos

Toda organização necessita possuir por parte da administração um determinado controle interno, esse controle que se caracteriza como controle interno precisa de ferramentas que acusam de forma mais rápida a necessidade de adoção de medidas preventivas ou corretivas, essas medidas têm como objetivo minimizar as perdas na organização (CHIN, 2011; PRADO et al., 2017).

A partir do programa de auditoria utilizado como procedimento de trabalho, constatou-se que os controles internos, até pouco tempo, eram definidos de acordo com a necessidade ou quando os problemas aconteciam (PRADO et al., 2017). Não adianta a organização implantar um excelente sistema de controle interno sem que tenha uma pessoa responsável para verificar continuamente, se os funcionários estão cumprindo o que foi determinado no sistema, ou se o sistema não deveria ser adaptado às novas circunstâncias (CREPALDI, 2002).

Prado et al., 2014 na atualidade depara com a relevância de obter a organização essas medidas preventivas e corretivas por meio do controle interno organizacional, a fim de monitorar as Unidades de Atendimento em determinados quesitos. Para Migliavacca (2004), Santos e Vier (2014), mencionam em seus achados a importância e preocupação que se deve ter com os controles e os processos internos. A inserção de Coordenação Administrativa de controle interno, dentro de uma das principais unidades de produção da instituição hospitalar reestabeleceu a ordem e organização das ações a serem executadas. Em conformidade com os interesses estabelecidos pela instituição hospitalar. Viabilizando o cumprimento das metas contratuais de produção cirúrgica de Média e Alta Complexidade. Para a implantação de uma Coordenação Administrativa com especialização em Gestão Hospitalar, a administração do bloco cirúrgico passa a ser realizada de forma profissional. Possibilitando o uso das informações e implementação de indicadores tabulados, que fazem parte do dia a dia das ações e tomada de decisões.

2.2 Técnicas de Administração

Para Figueiredo e Caggiano (1997) o controle pode ter uma definição estreita ou ampla. Controle pode ser visto como manutenção de padrões e aplicação de penalidades isso numa visão curta. Em uma visão mais ampla o controle pode ser visto como sinônimo da administração e da técnica administrativa utilizada para atingir os resultados esperados (SANTOS; VIER, 2014). Um manual pode exercer um papel importante e servir como instrumento em um programa de contato entre os empregados. Sendo que o mesmo pode conter características como regras e políticas da empresa, em que empregados e administradores precisam trabalhar em sintonia, observando as normas e orientações estabelecidas (MILKOVICH; BOURDREAU, 2009).

Segundo Berwick (1994), a intervenção por meio de técnicas administrativas em todas as áreas da organização garante o funcionamento dos setores operacionais e se comportam como amortecedores, São imprescindíveis nos processos administrativos da organização hospitalar e a gestão profissionalizada, empregados e administradores precisam trabalhar em sintonia.

O gerenciamento pode ser interpretado como o meio pelo qual as empresas verificam o emprego de recursos como: pessoas, dinheiro, energia, materiais, espaço e tempo. Sendo que os recursos são considerados como “inputs”, e a busca pelas metas é classificada como “outputs” do processo (TURBAN, RAINER JR. E PORTTER, 2007). Os coordenadores e gerentes têm a missão de controlar este processo no intuito de criar condições específicas, para que os resultados possam ser favoráveis. Órgãos reguladores vinculados ao Estado por exemplo necessitam de processos estabilizados, considerando a inexistência de padrões na realização das atividades (Fernandes et al., 2015).

O controle mencionado por Turban, Rainer Jr. e Portter (2007) pode ser gerenciado por índices que para Maximiano (2000) são importante ferramenta de informação. Podem ser usados como técnica administrativa, ou seja, uma ferramenta auxiliar de controle, podendo ser utilizado em qualquer nível de hierarquia em uma área funcional de uma organização. Para a construção dos índices é necessário obter muitas informações, dentro de um critério de organização de forma sintética. Por meio dos índices é possível alcançar objetivos como garantir a lucratividade presente e futura. Exibir excelentes índices financeiros e ter elevada eficiência operacional são objetivos de qualquer empresa (NETO, 2002).

2.3 Contabilidade de Custos

Os custos podem ser entendidos como medidas monetárias dos sacrifícios necessários que as organizações precisam arcar, para atingirem seus objetivos. A contabilidade de custos a princípio fora criada pelos contadores para resolver problemas de mensuração de estoques e do resultado a ser apurado das empresas corrobora em seus achados (MARTINS, 2003).

Pesquisas efetuadas anteriormente explicitam carência de estudos que abordem de aspectos e procedimentos referentes a contabilidade de custos. Grande parte dos órgãos governamentais desconhecem ferramentas de mensuração da contabilidade de custos (LEPSCH et al., 2017). Por esta razão sua evolução acabou deixando de ser mais acentuada ao longo dos tempos. E por consequência são especialmente importantes e relevantes dentro de um processo de decisão (NETO, 2002, MARTINS, 2003). Wernke (2004, p.8) afirma que: “os custos de qualidade não existiriam se o produto ou prestação de serviço ofertado fosse perfeito na primeira vez, e estão associados com as falhas na produção”. Acrescenta, ainda, Wernke (2004) os custos e falhas externas são associados às atividades decorrentes de falhas fora do ambiente de produção. Ex. Reclamação de pacientes quanto ao resultado não alcançado em uma cirurgia que necessitará de reparos. Riscos de perda de imagem da entidade hospitalar e processo para o médico responsável pela realização da cirurgia. A gestão

de custos e informações clínicas, podem representar um diferencial competitivo e de qualidade nos serviços prestados pelos hospitais (PRADO, 2011; SOUZA et al., 2012). Esta gestão de custos é uma informação de natureza administrativa.

A contabilidade de custos assumiu importante papel nas últimas décadas, como instrumento de controle para decisões gerenciais. Principalmente, levando-se em conta o aumento da competitividade observada nos últimos tempos nos mercados (MARTINS, 2003). Souza et al., (2012), explicita em seus achados que numa organização hospitalar, um *software* pode gerenciar, informações de natureza administrativa e clínica. Esta colocação de Souza (2012) vai ao encontro dos achados de Martins (2003) quando evidencia em seu estudo que a contabilidade de custos fora criada para resolver problemas de mensuração de resultado a ser apurado das empresas, pois com o uso de um *software* as informações e resultados apurados das empresas tornam-se acessíveis a todos os interessados. Neste sentido, ressalta-se que o uso da Tecnologia da Informação (TI) pode auxiliar na gestão de custos em uma organização.

2.4 Tecnologia da Informação e Redução de Custos

O uso da TI pode proporcionar as organizações inúmeros benefícios, como a minimização dos custos, com aumento da produtividade por meio da eliminação de desperdícios, auxiliando na gestão do conhecimento (TONELL; BERMEJO; ZAMBALDE, 2014). Os sistemas de informação baseados na TI são ferramentas de grande importância na gestão hospitalar moderna (SOUZA, et al., 2012). A TI impacta na redução de custos nas organizações, atingindo o objetivo da busca sistematizada. Não obstante, ela reduz as atividades, no tempo que pode ser visto como lucro ao estar sendo direcionado para outras atividades (GILBERT; HAN, 2004). Para Forman, Goldfarb e Greenstein, (2005) a redução de custos pode ser impactada por meio da difusão da internet e localização geográfica. Ajudando a diminuir fronteiras na disseminação do conhecimento. Agilizando a tomadas de decisões, planejamentos estratégicos.

Lai (2011) estudou a TI, que reflete o trabalho na organização, e menciona os efeitos da TI na descentralização do processo de decisão, deixando claro que com o uso da TI, a organização pode realizar com agilidade, segurança e transparência a tomada de decisão de forma descentralizada, o que reflete em ganho de tempo e redução de custos. A TI é atualmente considerado um ativo crítico e estratégico para organizações, tanto públicas como privadas (AFFELDT E VANTI, 2009; ASSIS, 2011). O uso da TI refletem nos gastos públicos e privados, obtidos com saúde pública por meio das mudanças na tecnologia dos procedimentos médicos. Com novos tipos de exames, medicamentos e procedimentos, que melhoram a qualidade de vida por meio dos custos das intervenções (MENDES; BITTAR, 2014). O aumento do uso de TI nos estabelecimentos de saúde nas últimas décadas surgiu a partir da necessidade de implantação de práticas de gestão das tecnologias. Ao passar dos anos a necessidade da gestão de tecnologias de saúde que se tornou evidente, sendo regulamentada como política nacional sanitária (GONÇALVES et al., 2016). A gestão da TI aplicada em saúde tem o objetivo de garantir, que todas as etapas do ciclo de vida de uma tecnologia sejam acompanhadas e geridas por um profissional experiente com capacidade de avaliar critérios inerentes ao uso do equipamento, com a finalidade de evitar, principalmente, eventos adversos (PORTER; TEISBERG, 2007; FRANÇA 2015).

Para Freeman e Soete (1994), O setor de TI está baseado em um conjunto de inovações de computação eletrônica, engenharia de *software*, sistemas de controle, circuitos integrados e telecomunicações, que provocam a redução do custo de armazenagem, processamento, comunicação e distribuição de informações, (FREEMAN; SOETE, 1994).

No Brasil a gestão de tecnologias é atribuída a engenharia clínica por meio da responsabilidade da execução de serviços técnicos de manutenção e calibragem de tecnologias aplicada em saúde (FRANÇA, 2015).

Dentre as vantagens atribuídas no uso da TI está a capacidade da mesma em: coletar, refinar, armazenar, gerenciar e disseminar o conhecimento, por meio do uso de um *software* (TURBAN, RAINER JR. e POTTER, 2007). Nas aplicações de tecnologia da informação ((TI), os dados devem ser precisos, completos, oportunos, coerentes, acessíveis, relevantes e concisos, para o bom gerenciamento das organizações (TURBAN; RAINER JR; PORTTER, 2007). As inovações na assistência à saúde cada dia tomam diferentes formas no que tange aos avanços observados em relação ao lançamento de novas tecnologias e equipamentos. Sendo que estas tecnologias podem ser facilmente adotadas, uma vez que podem gerar melhor qualidade e contribuir para a redução de custos (PORTER e TEISBERG, 2007). As inovações médicas contribuem para reduzir ou minimizar os efeitos das condições crônicas (PORTER; TEISBERG, 2007).

A redução dos custos por si não deve ser o objetivo da apuração dos custos, no sistema do setor saúde (GONÇALVES et al., 2011). O objetivo é proporcionar vários benefícios na qualidade de vida dos pacientes e contribuindo para a redução de custos vitalícios na assistência à saúde (GONÇALVES et al., 2016).

2.5 Atividade de Planejamento

A cultura organizacional não tem um padrão ela deve ser flexível, ajudando na cadeia de valores da organização, distribuindo as responsabilidades (ALVES, 2012). Alinhando as partes da organização para estratégia com a participação do conselho, administradores e gestores. Alves et al., (2012) aludi que pontos falhos na organização como a falta de participação da administração podem vir a prejudicar o planejamento estratégico. Colocar recursos dentro da estrutura da organização sejam estes de TI, humanos e financeiros, ajudam nos pontos falhos. Uma empresa depende para sobreviver que seja realizada a determinação daquilo que se pretende, como também uma análise de todos os pontos fortes e fracos (NEVES; CONEJERO, 2007).

O planejamento estratégico é entendido como uma opção de conduzir uma gestão com efetividade, proporcionando resultados positivos aos seus praticantes (KICH e PEREIRA 2011; SILVA et al, 2014). Sob a perspectiva estratégica procura criar metas que, uma vez atingidas poderão levar a empresa a atingir os objetivos definidos. Por meio de formas definidas para se atingir as metas no curto e médio prazo (PEREZ JUNIOR, PESTANA e FRANCO, 1997). Para Johson e Scholes, (2007), essas estratégias de administração depende de uma série de fatores que podem mudar ao longo do tempo. Portanto, o uso da ferramenta do planejamento estratégico contribui para definir os caminhos que a organização deve seguir ao longo do tempo.

2. 6 Estudos Anteriores sobre Custos Aplicados na Área da Saúde

Estudos anteriores evidenciados por Lorenzetti et al., 2014, sobre o tema saúde tem sido foco de pesquisas com as preocupações dos gestores públicos e privados. A possibilidade de propostas de investigação científica que utilizem a base de conhecimento FHEMIG constitui resultado importante nesse contexto. Algumas pesquisas são requisitos parciais para conclusão de cursos de mestrado e doutorado, que tiveram como referência estas informações, citadas no estudo sobre custo do tratamento de úlcera por pressão (ANDRADE et al., 2016); estudo sobre financiamento da saúde, abordando a relação entre valores de custos e Tabela SUS (ALEMÃO, GONÇALVES E DRUMOND, 2013); custo do processo de transplante de fígado (DRUMOND, 2014); custo do tratamento de osteoporose (BRANDÃO, 2012); estudo da importância da informação de custos (OLIVEIRA, 2015). Além destes estudos destacam-se outros conforme Quadro 1.

Quadro - 1 Estudos Anteriores sobre Custos Aplicados na Área da Saúde

Autores/Ano	Título dos Artigos	Conclusões / Achados
Serra Negra; Serra Negra (2001)	Custo Hospitalar: Uma Reflexão sobre Implantação e Necessidades	O sistema de apuração de custos hospitalares possibilita determinar custos dos serviços oferecidos pelos hospitais. Fornecendo a base para o planejamento de gastos operacionais. Permite conhecer a eficácia em termos de custos das intervenções nas diversas áreas dos hospitais.
Martins, Chaves e Alemão (2010).	Implantação do Sistema de Custos na FHEMIG/RAHIS	A ausência de informações gerenciais básicas e de qualidade visam corrigir fragilidades apresentadas pelo sistema de saúde brasileiro tais como: distorções dos valores pagos por procedimentos e o seu custo.
Gonçalves ₁ et al., (2010).	Gestão Hospitalar – A Aplicabilidade do Sistema ABC. RAHIS.	O hospital como um todo tem pontos administrativos a serem tocados. Como desvio de funções. Tal situação reflete nos processos e nos custos dos procedimentos.
Gonçalves ₂ et al., (2010).	Observatório de Custos em Saúde – A Implantação do Sistema de Gerenciamento dos Custos Hospitalares e o Uso da Meta-Informação Custo.	Observatório de Custos em Saúde considera o SIGH, sustentado pelo módulo SIGH-Custos e usando o princípio da meta-informação de custos, constitui inovadora e valiosa ferramenta de gestão. Do ponto de vista gerencial, a experiência da FHEMIG é bastante promissora. A representatividade da FHEMIG no cenário da saúde do Estado de Minas Gerais e do Brasil e a precariedade de informações de custos hospitalares públicos faz com que a experiência do Observatório de Custos em Saúde represente e concretize ação estratégica inovadora.
Alemão, Gonçalves e Drumond (2013).	Estudo da Utilização da Informação de Custos como Ferramenta de Gestão em Organização Pública: O Estudo do Sigh-Custos.	Ausência de informações de custos de forma padronizada e adequada para tomada de decisão no setor saúde, privado ou público, destaca-se como um dos fatores críticos para a ineficiência do setor hospitalar.

Fonte: Elaborado pelos autores (2017)

Destacam-se, ainda, estudos internos na FHEMIG sobre avaliação econômica sobre saúde em parceria com áreas técnicas, como Comitê de Protocolos Clínicos que possibilitaram estudos de impacto financeiro de adoção de novas tecnologias (incluindo aqui tecnologias de medicamentos, equipamentos ou processos). Ausência de informações de custos de forma padronizada e adequada para tomada de decisão no setor saúde, privado ou público, destaca-se como um dos fatores críticos para a ineficiência do setor (ALEMÃO, GONÇALVES e DRUMOND, 2013).

3 Metodologia de Pesquisa

O trabalho em questão possui natureza descritiva e exploratório quanto aos procedimentos, caracteriza-se como uma pesquisa documental, bibliográfica e estudo de caso. E quanto ao problema de pesquisa quali-quantitativa. O estudo de caso foi aplicado no bloco cirúrgico de emergência de hospital filantrópico na cidade de Curitiba.

E utilizou-se do levantamento de dados, experiência profissional do seu coordenador, indicadores e relatórios gerenciais com o emprego de técnicas de administração, contábeis e estatísticas para mensurar os custos de produção do bloco cirúrgico e o cancelamento de cirurgias, após a implantação do processo de organização administrativa.

3.1 Caracterização da Hospital

O Hospital Universitário objeto deste estudo é uma organização filantrópica e beneficente reconhecida nos âmbitos municipal, estadual e federal, com fortes alicerces e mais de 50 anos de história no atendimento da população carente de Curitiba, Região Metropolitana e de todo o Paraná. Mantém importantes selos para uma instituição de saúde como Hospital Amigo da Criança e Hospital Sentinela. Assim o mesmo oferece benefícios aos seus usuários por dispor de um Banco de Leite Humano, que conta com uma média de 1400 doadoras ao ano que geram 1600 litros de leite pasteurizados e distribuídos a mais de 400 bebês da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), e o 1º Banco de Pele Humano do Paraná, o 4º do Brasil. Vale ressaltar que 95% destes atendimentos são destinados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.2 Descrição da Amostra, Coleta e Análise de Dados

Como parte da pesquisa documental a ser efetuada no bloco cirúrgico de um hospital filantrópico Universitário, os resultados a serem apurados serão discutidos e descritos por meio de análise e a emissão de pareceres e recomendações. Sendo que todas as etapas e implantações efetuadas além de descritas serão evidenciadas em documentos disponíveis a serem consultados. Bem como a apuração dos números a serem obtidos por meio de sistemas de informação disponíveis no hospital, relatórios gerenciais, Procedimentos Operacionais Padrão (POP's), Protocolos Clínicos e demais informações a serem verificadas e tabuladas.

4 Apresentação e Análise de Dados

O estudo de caso apresentado conforme Yin (2016) tem como propósito principal verificar como se deu a Organização Administrativa de Processo Aplicado no bloco cirúrgico de um hospital filantrópico Universitário. Sendo que para este fim serão detalhadas todas as etapas para realização deste processo, conduzidas pelo Coordenador Administrativo nomeado pela Direção para este fim.

Para a análise dos dados foram consultados documentos internos disponibilizados pelo bloco cirúrgico, com informações relativas à produção geral, contratos firmados, relatórios gerenciais, dados da gestão do sistema de TI e demais informações fornecidas pelo gestor responsável por este serviço.

4.1 Implantação da Coordenação Administrativa Interna no Bloco Cirúrgico

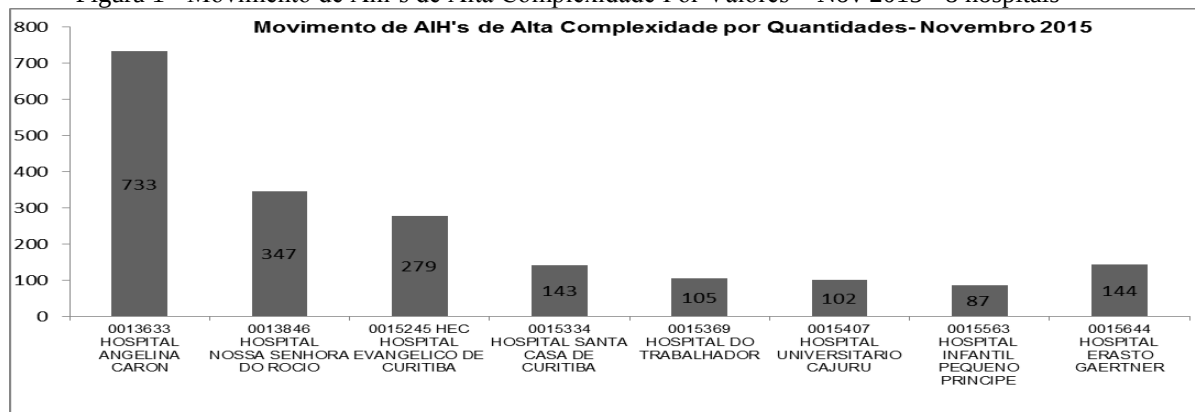
Foi implantado uma coordenação administrativa no bloco cirúrgico para organização, coordenação, controle e ajuste do processo produtivo de cirurgias realizadas nos: Centro Cirúrgico Geral (CCG), Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO) e Centro Cirúrgico de Queimados e Cirurgia Plástica (CCQ). Além da Central de Agendamento Cirúrgico, responsável por elaborar diariamente o mapa cirúrgico nos 3 (três) centros cirúrgicos.

4.2 Cirurgia de Alta Complexidade Organização do Processo Produtivo

A Organização do Processo Produtivo com ênfase no aumento de Cirurgia de Alta Complexidade, em relação à comparação do movimento de cirurgias demonstradas na Figura 1. Observa-se que os procedimentos cirúrgicos de Alta Complexidade representam importante incremento nas receitas hospitalares na região metropolitana de Curitiba. Uma vez que não há teto orçamentário estabelecido para realização dos mesmos. Tendo em vista que os

procedimentos estabelecidos na tabela do SUS para Alta Complexidade, normalmente, são superiores aos valores estabelecidos para realização de procedimentos de Média Complexidade (MC).

Figura 1 - Movimento de Aih's de Alta Complexidade Por Valores – Nov 2015 - 8 hospitais



Fonte: Tabwin Datasus - Movimento de Alta Complexidade - Novembro 2015

Neste sentido, a Figura 1 apresenta a distribuição por hospitais o volume de cirurgias de Alta Complexidade (AC) realizadas no período de novembro de 2015. Com destaque em relação à quantidade verificada nos 3 (três) hospitais: Angelina Caron, Nossa Senhora do Rocio e Evangélico de Curitiba; fonte: Tabwin Datasus (2015).

4.3 Demonstração de Resultado do Bloco Cirúrgico

A demonstração de resultado elaborada no período comparativo de junho de 2015 (data da implantação da coordenação administrativa no bloco cirúrgico), comparado ao mês de junho de 2016, observou-se: aumento nas receitas do CCG e redução nos CCO e de CCQ.

Quadro 2 – DRE – Bloco Cirúrgico – Junho de 2015 e Junho de 2016

DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADO DO EXERCÍCIO (DRE) - BLOCO CIRÚRGICO - JUN 2015 / JUN 2016												
RECEITAS	CCG - (C. C. Geral)				CCQ - C. C. Queimados)				CCO - (Obstétrico e Gineco)			
	jun/15		jun/16		jun/15		jun/16		jun/15		jun/16	
	Valor R\$	Qtde	Valor R\$	Qtde	Valor R\$	Qtde	Valor R\$	Qtde	Valor R\$	Qtde	Valor R\$	Qtde
Receita Operacional Líquida	1.710.176	582	1.812.072	511	456.543	153	401.643	129	220.859	228	184.537	173
DESPESAS (-)	CCG - (C. C. Geral)				CCQ - C. C. Queimados)				CCO - (Obstétrico e Gineco)			
(-) Custos Variáveis (CV)	1.125.855	66%	1.238.043	68%	157.966	35%	190.889	48%	269.723	122%	217.867	118%
Margem de Contribuição ¹ (R\$)	584.321		574.029		298.576		210.754		-48.864		-33.329	
Margem de Contribuição ¹ (%)	34%		32%		65%		52%		-22%		-18%	
(-) Custos Fixos Diretos (CFD)	85.824	5%	92.281	5%	27.681	6%	29.876	7%	49.502	22%	53.411	29%
Total das Despesas (CV+CFD)	1.211.678	71%	1.330.324	73%	185.648	41%	220.765	55%	319.224	145%	271.278	147%
Resultado Operacional Líquido	498.497	29%	481.748	27%	270.895	59%	180.878	45%	-98.366	-45%	-86.741	-47%
Custo Médio Cirurgia (R\$)	2.082		2.603		1.213		1.711		1.400		1.568	
Retorno Médio Cirurgia (R\$)	2.938		3.546		2.984		3.114		969		1.067	
1.Margem de Contribuição (% e R\$): Mede o montante que cada unidade produzida contribui para cobrir os custos fixos e aumentar o lucro.												
Fontes: MV Módulos: (FSCC, MGES), Faturamento, Controladoria, TabWIN, Engenharia, RH e Patrimônio.												

Fonte: MV módulos: faturamento, controladoria, tabwin, engenharia, RH e patrimônio.

No Quadro 2, verifica-se que a receita operacional líquida (ROL) no CCG do período de Junho de 2015 a Junho de 2016, analisado foi de R\$ 1.710.176,00 e a quantidade de Cirurgias de 582, auferindo em média R\$ 2.938,00 por Cirurgia. No período de Junho/2016 a ROL de R\$ 1.812.072,00 e a quantidade de Cirurgias 511, auferindo em média R\$ 3.546,00 por Cirurgia. A redução do número de Cirurgias foi de 13,9 %, no período analisado com aumento de receita de 5,6%. E consequente aumento na média de R\$ 608,00 por Cirurgia no período analisado, ou seja, refletindo nos procedimentos para o CCG.

A receita operacional líquida (ROL) no CCQ do período de Junho de 2015 a Junho de 2016, analisado foi de R\$ 456.543,00 e a quantidade de Cirurgias 153, em Jun/2015 auferindo em média R\$ 2.984,00 por Cirurgia. No período de Jun/2016 a ROL de R\$ 401.643,00 e quantidade de Cirurgias 129, auferindo em média R\$ 3.114,00 por Cirurgia. A redução do número de Cirurgias foi de 19,0%, no período analisado com a redução da receita total de 13,67%. E consequente, aumento da média de R\$ 130,00 por Cirurgia no período analisado, ou seja, refletindo nos procedimentos para o CCQ.

Verifica-se que a receita operacional líquida (ROL) no CCO do período, de Junho de 2015 a Junho de 2016, analisado foi de R\$ 220.859,00 e quantidade de Cirurgias 228, em Jun/2015 auferindo em média R\$ 969,00 por Cirurgia. No período de Jun/2016 a ROL de R\$ 184.537,00 e a quantidade de Cirurgias 173, auferindo em média R\$ 1.067,00 por Cirurgia. A redução do número de Cirurgias foi de 32,0 %, no período analisado com redução de receita de 19,7%. E consequente aumento na média de R\$ 98,00 por Cirurgia no período analisado, ou seja, refletindo na receita unitária dos procedimentos para o CCO.

Os custos variáveis aumentaram no CCG de 2,0%, no CCQ aumentaram de 13,0% e no CCO reduziu para 4,0%, no período analisado. Os custos fixos diretos no CCG não alterou no período analisado, no CCQ aumentou 1,0% e o no CCO 7,0%. As margens de contribuição reduziram no CCG e CCQ, embora no CCO tenha apresentado margens negativas de no período analisado. As despesas no período analisado tiveram no CCG de 2,0%, CCQ 14,0% e CCO reduziu em 2,0%. O resultado operacional líquido no CCG e CCQ tiveram redução e no CCO prejuízo no período.

Evidencia-se a relação dos custos variáveis explicitando o aumento nos CCG e CCQ e no CCO teve redução durante o período analisado. Os custos fixos permaneceram praticamente os mesmos valores no CCG e CCQ. Sendo considerado um aumento no CCO pouco significativo por ter uma redução de cirurgia de 32,0% no período analisado.

Vale destacar que diversos insumos aplicados nas Cirurgias são afetados fortemente por constantes aumentos nos insumos (cotados em dólar), somados a reajustes da folha de pagamento e demais benefícios concedidos aos colaboradores.

4.4 Cancelamento de Cirurgias no Bloco Cirúrgico

Por meio do processo de reorganização administrativa implantado no bloco cirúrgico para mudanças e readequações, observou-se queda significativa no número de cirurgias canceladas no bloco cirúrgico. Conforme números apurados durante os períodos em análise efetuado entre junho 2015 a junho de 2016. As medidas de controle estatísticas utilizadas para este fim foram: desvio padrão e coeficientes de variância, que demonstraram os números alcançados (SANTOS; VIER, 2014).

Esta redução fora possível devido a um conjunto de ações e medidas adotadas para execução das cirurgias agendadas e cumprimento da ordem estabelecida no mapa cirúrgico. Sendo este confeccionado diariamente pelo setor de Agendamento Cirúrgico. O Quadro 3 Apresenta a comparação do cálculo efetuado da variância e do desvio padrão no Centro Cirúrgico Geral (CCG), relativo ao período de 2014/2015 e 2015/2016.

Quadro 3 – Evolução do Cancelamento de Cirurgias no Centro Cirúrgico Geral (CCG)

Período: 2014 - 2015												
Meses	jul/14	ago/14	set/14	out/14	nov/14	dez/14	jan/15	fev/15	mar/15	abr/15	mai/15	jun/15
Cirurgias Canceladas	359	513	306	341	259	137	157	167	312	306	281	287
Dados - Média	74	228	21	56	-26	-148	-128	-118	27	21	-4	2
Quadrado	5.415	51.794	424	3.090	698	22.028	16.491	14.023	707	424	20	3
Média	285		Somatório		115.113		Variância	9.593		Desvio Padrão		98
Período: 2015 - 2016												
Meses	jul/15	ago/15	set/15	out/15	nov/15	dez/15	jan/16	fev/16	mar/16	abr/16	mai/16	jun/16
Cirurgias Canceladas	274	264	276	238	208	235	162	133	262	176	30	289
Dados - Média	62	52	64	26	-4	23	-50	-79	50	-36	-182	77
Quadrado	3.813	2.678	4.064	663	18	518	2.525	6.281	2.475	1.314	33.215	5.891
Média	212		Somatório		63.454		Variância	5.288		Desvio Padrão		73

Fonte: Sistema MV Módulo FSCC

Por meio das mudanças implantadas fora possível iniciar os trabalhos no bloco cirúrgico no início da manhã. E possibilitar a organização interna das salas cirúrgicas montadas para a execução das cirurgias programadas no mapa cirúrgico. Com ênfase na realização das cirurgias de Alta Complexidade.

O Quadro 4 Apresenta a comparação do cálculo efetuado da variância e do desvio padrão no Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO), relativo ao período de 2014/2015 e 2015/2016;

Quadro 4 – Evolução do Cancelamento de Cirurgias (CCO)

Período: 2014 - 2015												
Meses	jul/14	ago/14	set/14	out/14	nov/14	dez/14	jan/15	fev/15	mar/15	abr/15	mai/15	jun/15
Cirurgias Canceladas	40	69	45	26	43	26	45	20	26	26	25	27
Dados - Média	5	34	10	-9	8	-9	10	-15	-9	-9	-10	-8
Quadrado	27	1.167	103	78	67	78	103	220	78	78	97	61
Média	35		Somatório		2.158		Variância	180		Desvio Padrão		13
Período: 2015 - 2016												
Meses	jul/15	ago/15	set/15	out/15	nov/15	dez/15	jan/16	fev/16	mar/16	abr/16	mai/16	jun/16
Cirurgias Canceladas	29	36	31	43	38	34	33	32	52	57	31	33
Dados - Média	-8	-1	-6	6	1	-3	-4	-5	15	20	-6	-4
Quadrado	71	2	41	31	0	12	20	29	213	384	41	20
Média	37		Somatório		863		Variância	72		Desvio Padrão		8

Fonte: Sistema MV Módulo FSCC

A comparação do cálculo efetuado no Quadro 4 da variância e do desvio padrão no Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO) evidencia valores para variância maior no ano de 2014/2015 e referente a desvio padrão o mesmo também ocorreu. Os mesmos achados foram evidenciados para o Quadro 5, o qual demonstra a Evolução do Cancelamento de Cirurgias (CCQ) foi efetuado um número maior de cancelamentos no ano de 2014/2015.

Quadro 5 – Evolução do Cancelamento de Cirurgias (CCQ)

Período: 2014 - 2015												
Meses	jul/14	ago/14	set/14	out/14	nov/14	dez/14	jan/15	fev/15	mar/15	abr/15	mai/15	jun/15
Cirurgias Canceladas	52	52	98	105	43	63	28	34	89	67	49	51
Dados - Média	-9	-9	37	44	-18	2	-33	-27	28	6	-12	-10
Quadrado	80	80	1.375	1.943	321	4	1.084	725	789	37	142	98
Média	61		Somatório		6.677		Variância	556		Desvio Padrão		24
Período: 2015 - 2016												
Meses	jul/15	ago/15	set/15	out/15	nov/15	dez/15	jan/16	fev/16	mar/16	abr/16	mai/16	jun/16
Cirurgias Canceladas	39	42	43	59	52	88	89	67	56	52	62	14
Dados - Média	-16	-13	-12	4	-3	33	34	12	1	-3	7	-41
Quadrado	264	176	150	14	11	1.073	1.139	138	1	11	46	1.702
Média	55		Somatório		4.722		Variância	394		Desvio Padrão		20

Fonte: Sistema MV Módulo FS CC

Referente a comparação do cálculo efetuado da variância e do desvio padrão no Centro Cirúrgico Queimados (CCQ). O Quadro 4 Apresenta no período de 2014/2015 maior variância e desvio padrão do que no ano de 2015/2016.

O Quadro 6, compara o cálculo efetuado do coeficiente de variação nos 3 (três) centros cirúrgicos: Centro Cirúrgico Geral (CCG), Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO) e Centro Cirúrgico de Queimados (CCQ) nos períodos de 2014/2015 e 2015/2016.

Quadro 6 - Cálculo do Coeficiente de Variação – 2014 – 2015

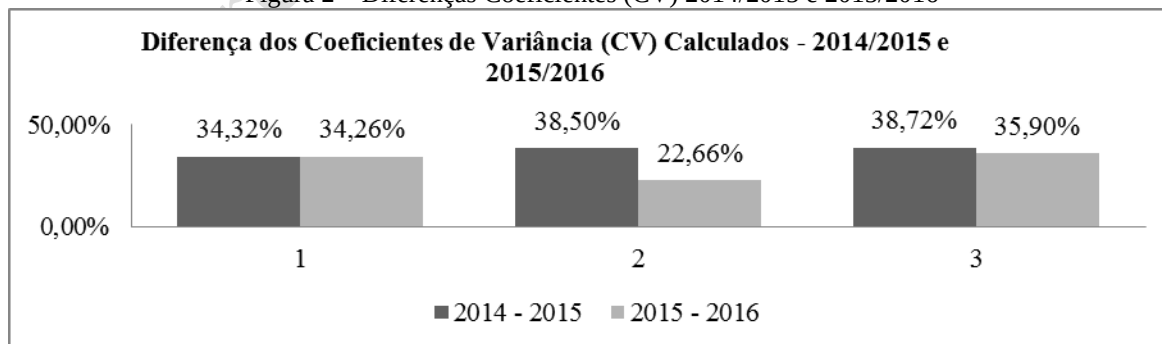
Diferenças dos Coeficientes de Variação (CV) Calculados por Períodos Analisados			
Descrição	2014 - 2015	2015 - 2016	Diferença
Centro Cirúrgico Geral	34,32%	34,26%	0,06%
Centro Cirúrgico Obstétrico	38,50%	22,66%	15,83%
Centro Cirúrgico de Queimados/Plástica	38,72%	35,90%	2,82%
Obs (CV = Coeficiente de Variação)			

Fonte: Sistema MV Módulo FS CC

Observa-se percentuais menores apurados nos 3 (três) centros cirúrgicos no período de 2015 a 2016; e que a diferença do coeficiente de variação foi maior no Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO) com um percentual evidenciado de 15,83%, em segundo lugar a maior diferença é do Centro Cirúrgico de Queimados (CCQ) com percentual de 2,82% e com diferença de coeficientes de variação de 0,06% para Centro Cirúrgico Geral (CCG).

A Figura 2 apresenta as diferenças percentuais verificadas entre os coeficientes de variância (CV) calculados no período de 2014/2015 e 2015/2016;

Figura 2 – Diferenças Coeficientes (CV) 2014/2015 e 2015/2016



Fonte: Sistema MV Módulo FS CC

As medidas estatísticas aplicadas na referida análise atestaram a redução do número de cirurgias canceladas nos períodos verificados. Com a organização do bloco cirúrgico fora possível estabelecer a ordem para a realização das cirurgias, em observação a sequência do mapa cirúrgico, diariamente confeccionado pela Central de Agendamento Cirúrgico.

4.5 Principais Resultados

Neste tópico serão abordados os resultados da pesquisa efetuada, envolvendo a análise do cancelamento de cirurgias, cumprimento das metas contratuais estabelecidas com a Secretaria Municipal de Saúde e redução de custos. A serem verificados no processo de reorganização administrativa implantada no bloco cirúrgico.

4.5.1 Cancelamento de Cirurgias no Bloco Cirúrgico

Na implantação do processo de reorganização administrativa no bloco cirúrgico, objetivando a realização de mudanças e readequações, verificou-se a queda no número de cirurgias canceladas (CHIN, 2011; PRADO et al., 2017). Os resultados observados foram evidenciados e obtidos com a aplicação de medidas estatísticas calculadas como: variância, desvio padrão e coeficiente de variação, na quantidade de cirurgias canceladas no período de: junho de 2015 a junho de 2016.

4.5.3 Controle de Custos e Integração com Outros Setores do Hospital

As técnicas de administração voltadas aos interesses estabelecidos pela instituição hospitalar forneceram a coordenação administrativa do bloco cirúrgico às condições necessárias para mapear e controlar mensalmente os custos e despesas hospitalares geradas nesta unidade de produção (PORTER; TEISBERG, 2007; GONÇALVES et al., 2016).

A integração entre as demais áreas de apoio do hospital, constituiu importante avanço quanto à administração realizada no bloco cirúrgico. Tendo em vista que a necessidade de ligação com as demais áreas de apoio do hospital propiciaria um melhor planejamento e previsão dos gastos com: insumos, materiais, medicamentos e demais serviços a serem prestados (BERWICK, 1994; MILKOVICH; BOURDREAU, 2009).

Além dos avanços significativos alcançados, ocorreria uma melhora geral no processo de comunicação com as demais áreas do hospital, favorecendo em especial o uso racional dos recursos disponíveis. Destacando o processo de planejamento estratégico corroborando com as afirmações dos autores (PEREZ JUNIOR, PESTANA e FRANCO, 1997; JOHSON; SCHOLLES, 2007; PEREIRA, 2011; SILVA et al, 2014), considerando as ações para serem efetuadas e possibilitando a previsão, em relação à reposição dos materiais e medicamentos utilizados na realização das cirurgias.

5 Conclusões e Recomendações

O estudo tem como objetivo evidenciar as etapas de implantação do processo de organização administrativa e reordenamento de produção cirúrgica no bloco cirúrgico de hospital filantrópico na cidade de Curitiba, no período de junho de 2015 a 2016. A partir deste estudo foi possível evidenciar o processo de organização administrativa e produtiva implantada no bloco cirúrgico. Onde fora verificado o reordenamento das ações e processos, organização da produção cirúrgica e cumprimento das metas contratuais estabelecidas em contrato de prestação de serviços de saúde.

O uso das técnicas de administração e de contabilidade de custos somado a adequação de pessoal, monitoramento de indicadores de produção e controles estatísticos relacionados à distribuição das salas cirúrgicas e processos de controle dos custos apurados no bloco cirúrgico permitiu a organização ter uma visão geral dos procedimentos cirúrgicos realizados no hospital. Em relação ao cancelamento de cirurgias verificou-se redução dos números apurados, conforme medidas estatísticas aplicadas nos períodos analisados.

A realização de cirurgias de Alta Complexidade foi priorizada e incentivada para contribuir com o aumento das receitas e elaboração de projetos voltados à ampliação da produção cirúrgica em Alta Complexidade. No aspecto da Segurança do Paciente houve importante avanço por meio da implantação do Protocolo de Cirurgia Segura no Bloco Cirúrgico, contemplando abrangência para os 3 (três) centros cirúrgicos em operação nesta unidade hospitalar.

Recomenda-se que o processo de agendamento de cirurgias eletivas seja revisto e alterado, evitando a ocorrência de conflitos de interesses. Que podem comprometer os objetivos definidos pela instituição hospitalar, mantenedora e responsável por este serviço.

O trabalho apresenta uma delimitação com relação ao processo de análise em função do período analisado. Portanto, sugere-se para futuras pesquisas alargar o período pesquisado para dar mais visibilidade ao estudo com identificação de outras variáveis de pesquisa.

Referências

AFFELDT, F. S.; VANTI, A. A. Alinhamento estratégico de tecnologia da informação: análise de modelos e propostas para pesquisas futuras. **Journal of Information Systems and Technology Management**, V.6, n. 2, p. 203-226, 2009.

ASSIS, C. B. Governança e gestão da tecnologia da informação: diferenças na aplicação em empresas brasileiras - **dissertação de mestrado**. Escola Politécnica da Universidade de São Paulo (Poli/USP) 2011.

ALVES, D. de F.; SANTOS, G. P. dos S; BARRETO, M. O. R. A utilização da contabilidade de custos como ferramenta para o fortalecimento de uma microempresa do segmento de confecção em Fortaleza. **Anais. XIX CBC–Bento Gonçalves**, RS, Brasil, 12 a 14 de nov/ 2012.

ALEMÃO, M. M.; GONÇALVES, M. A.; DRUMOND, H. A. Estudo da Utilização da Informação de Custos como Ferramenta de Gestão em Organização Pública: O Estudo do SIGH–CUSTOS. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, João Pessoa, v. 3, n. 1, p. 210-226, jan./jun. 2013.

AGENCIA BRASIL <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-07/sem-recursos-santa-casa-de-sao-paulo-suspende-parcialmente-atendimentos/aceso> 14/08/2017.

ASSIS, C. B. Governança e gestão da tecnologia da informação: diferenças na aplicação em empresas brasileiras - **dissertação de mestrado**. Escola Politécnica da Universidade de São Paulo (Poli/USP) 2011.

BERWICK DM Fundamentos do gerenciamento da qualidade, pp. 30-44. In DM Berwick, AB Godfrey & J Roessner. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. Makron Books, São Paulo, 1994.

CREPALDI, S. A. **Auditoria contábil: teoria e prática**. 2.ed.São Paulo:Atlas, 468 p., 2002.

CHIN, H. Y. Contribuição das boas práticas do mercado para a eficiência na gestão de risco corporativo. **REBRAE**. Revista Brasileira de Estratégia, Curitiba, v. 4, n. 3, p. 257-273, set./dez. 2011.

DE SOUZA LEPSCH, M. A., DOS SANTOS ANTUNES, M. de L., ANTUNES, L. P., VINICIUS DE ALMEIDA BARBOSA E DACO, M. Custos na área governamental: uma contribuição para o controle social e a transparência pública. **ISEOR**, 2017.

FERNANDES, L. T.; MELO, F. L. N. B. DE; SOUSA NETO, M. V. DE; SANTOS, F. J. S. DOS; VALENTIN NETO, A. J. Avaliação da maturidade de processos na gestão pública: o caso do TCE/RN. **Revista Interface**, jan./jul, 2015.

FIGUEIREDO, S. CAGGIANO, P. C. **Controladoria, Teoria e Prática**; Ed. Atlas; São Paulo; 1997.

- FRANÇA, A. S. de A. Atribuição profissional na gestão de tecnologias em estabelecimentos de saúde no Brasil. **Revista Organização Sistêmica**. v. 7, n. 4, p. 130-141, jan/dez, 2015
- FREEMAN, C.; SOETE, L. *Work for all or mass unemployment?* Londres: Pinter Publishers, 1994.
- FORMAN, C. GOLDFARB, A. GREENSTEIN, S. Geographic location and the diffusion of Internet technology. **Electronic Commerce Research and Applications**. 4. p.1–13, 2005.
- GILBERT, A. L. HAN, H. Understanding mobile data services adoption: Demography, attitudes or needs?. **Technological Forecasting & Social Change**. V.72, p.327–337, 2004.
- GONÇALVES, M. A.; PÉREZ FE, B.; ALEMÃO, M. M.; CUNHA, Y. F. F.; BRAGA, L. C. O financiamento da saúde e a relevância das informações de custos no setor saúde pública: estudo da base de conhecimento de custos da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG. **XXIII Congresso Brasileiro de Custos** – Porto de Galinhas, PE, Brasil, 16 a 18 de novembro de 2016
- GONCALVES₁, M. A. AMORIN, C. A de.; ZAC. J. I.; ALEMÃO, M. M.; TEIXEIRA da COSTA., M. R. Gestão Hospitalar – A Aplicabilidade do Sistema ABC. RAHIS. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v.4, p.73 - 86, 2010
- GONÇALVES₂, M. A.; CHAVES, J. G.; ALEMÃO, M. M.; TEIXEIRA, M. R.; DRUMOND HELOISA AZEVEDO; VALENTE, D. C. M. Observatório de custos em saúde – A implantação do sistema de gerenciamento dos custos hospitalares e o uso da meta-informação custo. **Revista Medicina de Minas Gerais**, V 20 (3 Supl 4): S76-S88, 2010.
- KICH, J. I. DI F.; PEREIRA, M. F. A influência da liderança, cultura, estrutura e comunicação organizacional no processo de implantação do planejamento estratégico. *Cad. EBAPE.BR*, v. 9, nº 4, artigo 6, Rio de Janeiro, Dez, 2011.
- UNIJUÍ, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Contábeis, 2013. **Organização Sistêmica** - Vol 7. n.4 - jan/dez 2015.
- JOHSON, G.; SCHOLLES, K.; WHITTINGTON, R. **Explorando a Estratégia Corporativa**. Sétima edição. Ed. Bookman, 2007.
- LAI, T. *How does information and communication technology affect workplace organization*. **Department of Economics, Copenhagen Business School, Porcela enshaven 16A, p.1, 2011.**
- LORENZETTI, J.; LANZONI, G. M. DE M.; ASSUITI, L. F. C.; PIRES, D. E. P. DE, RAMOS, F. R. S. Gestão em Saúde no Brasil: Diálogo com Gestores Públicos e Privados. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Abr-Jun; 23(2): 417-25, 2014.
- MARTINS, A. C. B.; CHAVES, J. G.; ALEMAO, M. M. Implantação do sistema de custos na FHEMIG. RAHIS. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v.4, p. 50-61, 2010.
- MARTINS, E. **Contabilidade de Custos**. 9. Ed. São Paulo. Atlas, 2003.
- MAXIMIANO, A.C.A. **Introdução à administração**. 5 Ed.ver.e ampl. São Paulo: Atlas, 2000.
- MIGLIAVACCA, P. N. **Controles internos nas organizações: Um estudo abrangente dos princípios de controle interno: Ferramentas para avaliação dos controles internos em sua organização**. São Paulo: Edicta, 2004.
- MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Perspectivas e Desafios da Gestão Pública no SUS. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 16, n. 1, p. 35 - 39, 2014
- MIKOVICH, G. T; BOUDREAU, J. W. **Administração de recursos humanos**. 1. ed. – 7 REIMPR. São Paulo. Atlas, 2009.

- NETO, F. F. A relação da logística com a administração financeira e seus impactos nos índices financeiros de uma organização. **Rev. FAE**, Curitiba, V.5, n.3, p.41-49, set./dez. 2002.
- NEVES, M. F.; CONEJERO, M. A. Sistema agroindustrial da cana: cenários e agenda estratégica. **Economia Aplicada**. São Paulo, V. 11, n. 4, p. 587-604, 2007.
- PEREZ, J. H. J.; PESTANA, A. O.; FRANCO, S. P. C. **Controladoria de Gestão**. 2. ed. São Paulo. Atlas, 1997.
- PRADO, E. V. do; SPERS, V. R. E.; PADOVEZE, C. L.; BERTASSI, A. L.; NAZARETH, L.G. C. Sistemas de Informações para Gerenciamento de Riscos Corporativos em Controladoria: Um Estudo Bibliométrico na Base de Dados Scopus. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, João Pessoa, v. 7, n. 1, p. 191-211, jan./jun. 2017.
- PRADO, E. P. V. *Risk analysis in information technology and communication outsourcing. Jistem - Journal of Information Systems and Technology Management*. Revista de Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação. V(8)3, p. 605-618, 2011.
- PRADO, E. V. do; CAMARGO, S. H. C. R. V. de; PADOVEZE, C. L.; GIULIANI, A. C. Gerenciamento de Riscos Corporativos em Empresas com Atuação Internacional. **Revista Perspectivas Contemporâneas**, V. 9, n. 2, p. 210-228, jul./dez. 2014.
- PORTER, M. E., TEISBERG, E. O. **Repensando a Saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**; tradução de Cristina Bazan – Porto Alegre: Bookman, 2007.
- ROBBINS, S. P. **Administração: Mudanças e perspectivas**. São Paulo. Saraiva, 2002.
- SANTOS, M. V. D., & Vier, A. J. A importância da auditoria interna na contribuição da gestão dos negócios. **Revista Eletrônica do Curso de Ciências Contábeis**, (4), 1-26. Recuperado de <https://seer.faccat.br/index.php/contabeis/article/view/65/60>, 2014.
- SERRA NEGRA, C. A.; SERRA NEGRA, E. M. Contab. **Vista & Revista**. Belo Horizonte. V.12, n 1, p. 31-56. Abr, 2001.
- SILVA, E. N. DA; SILVA, M. T.; PEREIRA, M. G. Identificação, mensuração e valoração de custos em saúde. **Epidemiol. Serv. Saude, Brasília**, 25(2):437-439, abr-jun 2016.
- SILVA, J. E. O; SEEMANN, D. K.; MELO, M. B; AMANTE, C. J; RAMOS, A. M.; SILVA G. T. Conciliando administração de projetos com planejamento estratégico na gestão de universidades federais brasileiras. **Revista Gual**, Florianópolis, V (7)3, 93-114, 2014.
- SOUZA PC, BERNDT A, MEDEIROS LS, SOUZA RS, TEIXEIRA D. Sistema de Informação aplicado à gestão hospitalar: um panorama situacional da região médio-norte mato-grossense. **RAS**. V. 14, N. 54 – Jan-Mar, 2012.
- TONELL, A. O.; BERMEJO, P. H. DE S.; ZABALDE, A. L. Using The Bsc For Strategic Planning Of It (Information Technology) In Brazilian Organizations. **JISTEM - Journal of Information Systems and Technology Management**. Revista de Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação, v. 11, n. 2, 361-378, 2014.
- TURBAN, E.; RAINER JR. K. R., POTTER, R. E. **Introdução a sistemas de informação**. Tradução Daniel Vieira – Rio de Janeiro. Elsevier, 2007.
- WERNKE, R. **Gestão de Custos – Uma Abordagem Prática**. São Paulo: Atlas, 2004.
- YIN, R.K. **Pesquisa qualitativa do começo ao fim**. 2ª Nova Iorque: The Guilford Press. ISBN: 978-1-4625-1797-8. 386 pp, 2016.