

CUSTOS POR PROCEDIMENTOS NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

Eduardo Genaro Escate Lay

Edileuza Silva Lobato

Resumo:

A complexidade da organização hospitalar, a limitação de recursos no setor público e o aumento dos custos em saúde exigem a adoção de modelos de gestão que respondam, satisfatoriamente, a pressão da sociedade por qualidade do serviço, maior amplitude no atendimento e equilíbrio hospitalar. Este artigo identifica os procedimentos médicos nos hospitais universitários do Amazonas, acompanha o levantamento de custos dos procedimentos referidos anteriormente em conjunto com a comissão de custos hospitalares, compara as receitas repassadas pelo sistema único de saúde baseada na tabela de procedimentos do sistema única de saúde, com os custos dos procedimentos referidos e avalia os resultados (déficit ou superávit) obtidos e sua incidência na gestão estratégica da unidade de saúde.

Palavras-chave:

Área temática: *Novas Tendências Aplicadas na Gestão de Custos*

CUSTOS POR PROCEDIMENTOS NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

Resumo

Eduardo Genaro Escate Lay
Universidade Federal do Amazonas
genaroescate@yahoo.com.br

Edileuza Silva Lobato
Centro Universitário do Norte

A complexidade da organização hospitalar, a limitação de recursos no setor público e o aumento dos custos em saúde exigem a adoção de modelos de gestão que respondam, satisfatoriamente, a pressão da sociedade por qualidade do serviço, maior amplitude no atendimento e equilíbrio hospitalar. Este artigo identifica os procedimentos médicos nos hospitais universitários do Amazonas, acompanha o levantamento de custos dos procedimentos referidos anteriormente em conjunto com a comissão de custos hospitalares, compara as receitas repassadas pelo sistema único de saúde baseada na tabela de procedimentos do sistema única de saúde, com os custos dos procedimentos referidos e avalia os resultados (déficit ou superávit) obtidos e sua incidência na gestão estratégica da unidade de saúde.

1.Introdução

Os hospitais universitários, pela complexidade apresentada no processo de pesquisa e atendimento social, requerem um acompanhamento gerencial permanente, que necessita de padronização para auxílio na tomada de decisão e na implementação de alternativas que visem a otimização dos recursos, sem comprometer a qualidade dos serviços prestados à população. É preciso mudar a política de controle dos custos baseada no custeio por responsabilidade e índices convencionais do SUS como necessidade de ajustamento às tendências tecnológicas mundiais e à política de recessão induzida pela lei de responsabilidade fiscal, garantindo a sobrevivência parcial das instituições de saúde que convivem com uma grave e conjuntural limitação dos recursos disponíveis, recursos esses que são, limitados e menores do que as necessidades potenciais existentes e que as receitas de contribuições e tributos geradas para satisfazer as necessidades de saúde da população.

Segundo JOSUÉ *et al.* (2003), o setor público, apesar dos avanços nos últimos anos, ainda tem uma administração voltada para trabalhar os problemas e não suas causas. A deficiência na gestão hospitalar pública pode ser detectada através da baixa qualidade do controle e acompanhamento das atividades e da infra-estrutura organizacional. Um outro ponto a ser destacado é a autonomia decisória médica, geradora de despesas e custos, na maioria das vezes sem parâmetro gerencial e sem informações sobre os custos de diferentes opções disponíveis.

Lamentavelmente não existe participação da sociedade no acompanhamento e controle das atividades públicas, somente é exigido mais e melhores serviços quando são determinadas fraudes de uma minoria insignificante de administradores hospitalares corruptos como no caso das aquisições de equipamento de hemodiálise divulgado na mídia em maio 2004. Na opinião de JOSUÉ *et al.* (2003), as informações de custos passam a ser um instrumento de gestão para reduzir as incertezas do que se deve fazer, de qual método utilizar, de quanto e quando se deve fazer, qual recurso utilizar e quais os resultados que se pretende alcançar.

O conhecimento, a compreensão do processo gerador dos custos é condição primordial para garantir eficiência no gerenciamento dos custos variáveis e fixos hospitalares. A participação da alta direção, coordenações, chefias, encarregados, comissões especiais, assessores, consultores e todo o corpo técnico e administrativo nos diversos níveis de atuação, bem como o envolvimento de todo corpo funcional, representa o requisito mínimo para possibilitar mudanças verdadeiras.

Martins (2000), afirma que, custos hospitalares é um instrumento de trabalho fundamental para a otimização das operações do hospital, alertando a administração para quaisquer resultados que exijam correção. Neste sentido, é preponderante a utilização de instrumentos de mensuração de custos adequados para que se conheça, acompanhe e obtenha um melhor desempenho das instituições públicas na utilização dos recursos com maior eficiência e eficácia, com incidência na qualidade da prestação do serviço hospitalar à população.

As dificuldades do setor de saúde com relação a gestão hospitalar são sempre uma preocupação social, a complexidade é superlativa quando trata-se de hospitais universitários, pelo qual escolheu-se um Hospital Universitário do estado de Amazonas, objetivando conhecer as ferramentas usadas no levantamento de receitas, custos e lucro e sua incidência na gestão estratégica. A amostra foi os custos reais de uma cirurgia de pequeno e outra de grande porte na especialidade cirurgia cardíaca.

A intensificação nos últimos no que se refere ao custo na área de saúde envolve desde aspectos relacionados aos crescentes gastos públicos na área, aos problemas relacionados ao financiamento destes gastos à grande necessidade e ainda a pequena disseminação de métodos adequados de apuração ou mensuração de custos, a importância de seu gerenciamento, de seu controle, de seu uso como instrumento de decisão, análise da escolha de programas e estabelecimento de políticas para a área.

Este artigo tem o objetivo de propor uma reflexão sobre a utilização de ferramentas gerenciais de custos hospitalares como subsídio fundamental de

gerenciamento dos serviços fornecidos por hospitais públicos, sua eficiência como instrumento para propender a missão gerencial.

1.1 JUSTIFICATIVA

O Sistema Hospitalar brasileiro está passando por um sério processo deficitário, sem satisfazer adequadamente às necessidades de saúde da população.

É de conhecimento público que, os problemas de eficácia e eficiência dos estabelecimentos hospitalares é conseqüência de uma insuficiente dotação orçamentária, da demora no recebimento de recursos financeiros, da gradativa diminuição dos recursos humanos e do uso ferramentas gerenciais inadequadas para uma eficaz tomada de decisões. Segundo JOSUÉ *et al.* (2003), a ausência de um plano de carreiras e de um processo de ascensão funcional baseado no mérito, associados a salários em geral defasados, vêm desmotivando os profissionais e levando-os a um descompromisso crescente com a instituição e com o objeto final de suas atividades, qual seja a qualidade na prestação final dos serviços. Outro fator de grande importância que não se pode deixar de registrar é a não profissionalização dos gestores, que em geral alcançam posição diretiva por indicação política ou escolha baseada na competência enquanto profissional de saúde (embora algumas iniciativas já tenham sido tomadas no sentido de solucionar esse problema).

O Hospital Universitário não possui um sistema de custos hospitalares por procedimentos o que tem dificultado a tomada de decisão criteriosa e fundamentada pela direção da unidade de saúde, os valores da receita repassados pelo sistema único de saúde baseada na tabela de procedimentos-SUS estão em desacordo com os preços de mercado, o que pode levar ao hospital a paralisação de suas atividades, e a conseqüente perda de serviço de saúde de alta complexidade e ainda referência em pesquisa universitária de saúde pública.

A constituição Brasileira determina que *“a Saúde é um direito de todos e um dever do estado”*. Portanto, faz-se necessário que o estado seja capaz de dotar as estruturas das condições necessárias, em conformidade com os recursos financeiros disponíveis, atendendo ao perfil epidemiológico da clientela (Junqueira, 1990: 238).

2. Gestão hospitalar

Burmester (1993), diz que qualquer pessoa pode agir de perto ou de longe sobre os princípios de uma organização. Isto pode ser uma característica do trabalho do gerente, mas é também de outros atores que a seu nível e dentro de seu papel no interior da empresa, participa em diferentes graus de uma ação gerencial.

Os gestores dos hospitais públicos sabem que sua receita estará determinada, em sua maior parte, pela produção efetuada (internações, consultas, práticas

complementares), e que o resultado de sua gestão financeira (déficit ou superávit) será consequência da relação entre o valor do procedimento pago pelo governo e os custos reais incorridos. Pode-se ter a política de aumentar o número de internações realizadas, mas é necessário, sem ferir os princípios da ética e a qualidade, aplicar o princípio gerencial custo-benefício. No Brasil, esta observação ganha maior importância, já que o preço pago por cada procedimento efetuado pelo setor público não inclui o principal componente dos custos fixos: a MOD e a MOI, que continuam sendo pagos diretamente pela instância administrativa correspondente (Federal, Estadual ou Municipal).

. Segundo Motta (1990), a eficiência é uma relação insumo produto, não tendo nada a ver com um simples corte de recursos ou a diminuição pura e simples dos gastos, e sim com que se obtém com os recursos existentes.

JOSUÉ *et al.* (2003), observa que a sintonia do financiamento com um modelo assistencial regionalizado e hierarquizado, só é possível através de um compromisso com esta eficiência. Esta será construída através de um desenvolvimento gerencial e de um conhecimento, inexistente hoje, sobre o custo real da prestação de serviços, principalmente no que diz respeito aos hospitais. Financiam-se hoje atividades, das quais não se conhece o custo. O estabelecimento de sistemas de informações relativos aos custos hospitalares, fornece à administração um caráter de transparência, facilitando a negociação de recursos, e criando um ambiente favorável à sua valorização interna. Portanto, para efetuar uma gestão em bases racionais, seguindo os princípios norteadores do SUS, consagrados constitucionalmente, é necessária a implementação de um sistema de informações de custos que permita avaliar possíveis distorções, corrigi-las e adequá-las à realidade organizacional.

2.1 Sistema de Informações de Custos como Ferramenta Gerencial

Um sistema de informações de custos num enfoque gerencial não é freqüentemente encontrado nos hospitais brasileiros . O relatório entregue de forma sistematizada quase sempre revela os indicadores clássicos de “movimento hospitalar”, muitas vezes não padronizado entre hospitais do mesmo município e do mesmo porte. Por vezes até existe um sistema de informações gerenciais implantado, mas pouco valorizado, insuficientemente utilizado pelos níveis gerenciais e com grandes perspectivas de ficar arquivado na lixeira.

SOUZA *et al.*(2000), em sua pesquisa custos de prevenção hospitalares no Amazonas 1997-1998, indica que no Hospital Universitário, os investimentos e estoques de de materiais médicos e medicamento são elevados e constituem parte significativa dos custos hospitalares. Por isso é necessário muita atenção no planejamento de suas necessidades, às suas compras, manuseio controle por ficha de estoque, controle por ficha de prateleira. Devem ser controlados física e monetariamente por todos os envolvidos (compras, recebimento, farmácia, centro cirúrgico, enfermagem). A metodologia para obtenção dos custos hospitalares deve deixar de ter características de “amadora”, sendo que os relatórios

apresentados a diretoria de 1996 até 1999 revelam o desconhecimento profissional de custos hospitalares diretos e indiretos.

OLIVEIRA (1999), em seu livro *Holding, Administração Corporativa E Unidade Estratégica De Negócio*, cita Hax e Majluf, (*The strategy concept and process: a pragmatic approach*. New Jersey: Prentice Hall, 1991.) Que apresenta os sintomas mais comuns que podem ocorrer em uma estrutura organizacional inadequada:

Pouco tempo dedicado ao pensamento e ao debate estratégicos, devido a maior concentração nas tarefas operacionais, excessivo tempo real na tomada de decisões pela alta administração, ou excessiva carga de trabalho de pessoas-chave;

Clima de trabalho intenso de antagonismo. O sistema motivacional e de remuneração deve estar em sintonia com a estrutura organizacional. Um clima de antagonismo pode ser um sinal de problemas no equilíbrio entre estrutura organizacional e processo;

FALK (2001), em sua obra *Gestão de Custos para Hospitais*, ele explica que a grande vantagem do processo de custo ABC é que, com ele, os gerentes de organizações de saúde podem averiguar o *custo da qualidade*. Dizem que por isso é a inovação-chave desse processo de contabilidade de custo. A análise de um caminho crítico demonstra os incidentes-chaves que precisam ocorrer, numa ordem predeterminada e num tempo hábil, a fim de que as finalidades médicas e financeiras da instituição sejam alcançadas. A metodologia permite acompanhar o ideal proposto com o real ocorrido, e, caso não sejam parecidos, demonstrar onde a falha está concentrada. Variações podem ocorrer nas seguintes áreas:

paciente- complicações ou mudanças na saúde do paciente, tais com reações alérgicas, infecções, diarreia e hemorragias que afetam sua permanência na instituição, com impacto nos custos;

equipe de saúde – médico ou pessoal de enfermagem – nessa área a variação pode ser ocasionada por uso inadequado do equipamento, planejamento inadequado de alta, falhas em comunicação e educação do paciente;

meio ambiente – equipamento quebrado, indisponibilidade de leitos, problemas de agendamento, demora em disponibilizar resultados, problemas com queda de energia elétrica etc.;

inflação ou alto preço – especialmente em termos de compra de suprimentos, medicamentos, instrumentos e mão-de-obra.

eficiência – realização desnecessária de exames ou repetição errônea do mesmo exame devido a procedimentos falhos, desperdício, demoras, crédito

6. inadequado ou falha na tiragem de seguro do paciente, problemas de escala de pessoal, localização demorada de documentação de sistema de informação, absentismo e erros na dispensação ou aplicação de medicamentos.

MARTINS (1999), em sua outra obra, *Gestão Financeira de Hospitalares*, observou que a construção de um sistema de custos hospitalar exige profunda e completo conhecimento da estrutura organizacional do hospital, dos processos da produção médica e do tipo de informação de custo desejada.

O sistema de custos e plano de contas deve corresponder à divisão organizacional do hospital, de modo a responsabilizar gerentes, chefes e encarregados pelos custos departamentais incorridos e ser capaz de:

calcular os custos das receitas

- proporcionar meio para analisar os estoques de materiais médicos e medicamentos;
- indicar a eficiência dos equipamentos hospitalares;
- auxiliar na eliminação desperdícios, de forma a reduzir os custos hospitalares ;
- auxiliar no estabelecimento de preços de venda das taxas, dos materiais médicos, dos medicamentos e procedimentos médicos.

Nos hospitais que dependem do financiamento público, o preenchimento de AIH's (Autorização de Internamento Hospitalar) e de relatórios de procedimentos ambulatoriais se constituem nas principais preocupações de seus dirigentes, que de modo geral, não usam tais informações para gerenciar com maior eficácia os hospitais.

Segundo Nicz (1993), em todo e qualquer hospital deve existir um fluxo de informações compatíveis com o bom desempenho da organização, no sentido de atender as necessidades do momento. Acrescentando ainda que, um hospital de médio porte deve ter, ao menos, três relatórios básicos: *boletim de movimento hospitalar*: quantifica a

atividade-fim do hospital registradas no “censo diário” de cada clínica da unidade de internação; *relatório de atividades do hospital*: quantifica as atividades do hospital de natureza *fim* (consultas médicas; atendimento de urgência/emergência na unidade de paciente externo e dados sobre as internações hospitalares) as atividade meio ou de *apoio diagnóstico e terapêutico* (exames laboratoriais e radiológicos, sessões de fisioterapia, etc.) e as de *apoio administrativo* (pessoal, lavanderia, nutrição, transporte, etc.); *relatório de apuração de resultados*: quantifica as receitas e os custos do hospital, por principais itens, permitindo-se chegar, de forma simples, ao resultado operacional do hospital e ao custo unitário da diária hospital.

As informações de custos representam um insumo fundamental para dois níveis de avaliação de desempenho: o controle por níveis de responsabilidade ou sistema de custos por responsabilidade (responde pela origem dos custos e identifica o desempenho em toda as unidades do hospital, tanto das funções administrativas e de apoio quanto das atividades produtivas) e a apuração do custo unitário dos serviços hospitalares (compreende a apuração do custo de produção dos serviços que pode ser feito por componentes – diárias, taxas, exames, consultas, etc., ou por procedimentos hospitalares – parto normal, parto cesárea, etc.).

A divulgação das informações dos custos por todos os níveis gerenciais do hospital (diretoria, coordenações, chefias, assessores, consultores e aqueles que exercem função de liderança), fará com que se obtenha um melhor desempenho na utilização dos recursos. Para isto é indispensável que toda a organização esteja consciente da importância dos resultados contidos nos relatórios gerenciais (médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, administradores, dentre outros) (e do papel de cada chefia no gerenciamento dos recursos sob sua responsabilidade).

2.2 Custos Hospitalares por Procedimento

MATTOS (1999), em sua obra “Custos Hospitalares” FGV, afirma que o CUSTO POR PROCEDIMENTOS representa um conceito de acumulação de custos, compreendido dentro das definições básicas da contabilidade de custos. Consiste de uma acumulação de custos que apura o custo da assistência prestada ao paciente. A relevância desta forma de apuração de custos é inquestionável em razão da possibilidade de se estabelecer uma plena comunicação com a área médica, através da composição física e monetária de cada procedimento, ao mesmo tempo que permite a avaliação dos resultados quando a remuneração dos serviços é praticada dessa forma.

MARTINS (2000), em seu livro Custos e Orçamentos Hospitalares, ilustra o método adotado para reunir e calcular os custo de um procedimento médico. Para cada procedimento médico prepara-se uma ficha de custo, aprovada pela comissão de custos e orçamentos do hospital. Todos os cálculos constantes da ficha relacionam-se com as quantidades estimadas.

O Custeio por Procedimento é um método de acumulação de custos que apura o custo de cada procedimento médico prestado ao paciente. No entanto a maior dificuldade é a conscientização da área médica, a qual deve fornecer a composição física e qualitativa de cada procedimento, ao mesmo tempo em que permite a avaliação dos resultados quando a remuneração dos serviços é praticada desta forma.

O sistema de custeio por absorção e o sistema de custeio por responsabilidade oferecem a informação do custo dos componentes de um tratamento médico em forma coletiva. Este valor dividido entre os atendimentos prestados representa o custo diário do tratamento do paciente, porém, não informa o valor de toda a duração do tratamento e os serviços auxiliares e de diagnósticos requeridos.

A implantação do sistema de custos por procedimento facilita a avaliação do desempenho, compreendendo a eficiência e eficácia na utilização dos serviços (conduta médica) e os correspondentes custos incorridos. Dita avaliação é realizado através da utilização de indicadores padrão estabelecido por equipes médicas especializadas que identificam o perfil de desempenho a níveis máximo de eficiência.

A elaboração do custo padrão compreende parâmetros quantitativos (n.º de diárias, n.º de exames, n.º de horas de cirurgia, quantidade de medicamentos usados, quantidade de materiais hospitalares usados, quantidade de materiais de nutrição usados, quantidade de oxigênio usada, kg de roupa lavada, etc.) e o correspondente valor (custo da diária, custo do exame, custo da hora de cirurgia, custo dos medicamentos usados, custo dos materiais hospitalares usados, custo dos materiais de nutrição usados, custo do oxigênio usado, custo dos kg de roupa lavada). A análise de variações entre o custo padrão e o custo real indica os níveis de eficiência da área de operação do serviço ou da área econômica, o qual é base para que a alta direção implemente ações com o objetivo de corrigir ou amenizar os desvios identificados.

A implantação do sistema de custos por procedimentos torna-se viável, quando da existência de um sistema de custeio por responsabilidade que disponha do custo

dos diferentes material médico, material hospitalar, MOD e custos indiretos de produção médica que correspondem ao tratamento do paciente.

2.3 Custeio por paciente

O sistema de custeio por paciente, patologia, enfermidade ou diagnóstico é um derivativo do sistema de custeio por procedimento, necessitando de uma classificação de enfermidades. JOSUÉ *et al.* (2003), explica que costuma-se utilizar os códigos existentes na Classificação Internacional de Doenças (CID). Assim, uma doença tem, associada a ela, um conjunto de procedimentos (diagnósticos, clínicos, cirúrgicos) necessários ao seu tratamento. O conjunto desses procedimentos formaria, em tese, o custo da doença ou enfermidade (Médici & Marques, 1996).

O sistema de custo por paciente exige sistemas de custeio por absorção e procedimento integrados a partir de códigos unificados de enfermidade e procedimentos. Sendo que o registro dos custos exige um acompanhamento da trajetória dos pacientes pelos diferentes serviços, este tipo de sistema só pode de ser implantado quando existe centralização de registro e acompanhamento de relatórios em todas as unidades de atividade-fim e atividade-meio.

2.4 CUSTO HOSPITALAR PADRÃO

MARTINS (2000), define o custo-padrão hospitalar como custo predeterminado para a produção de um procedimento médico ou, preferencialmente, para um grupo significativo do mesmo procedimento médico durante um período específico, do futuro imediato. Deve ser baseado em condições ideais de eficiência e qualidade. Compõe-se de duas partes: um padrão e um custo. O padrão é a forma de medir cuidadosamente a execução do procedimento médico, isto é, executar um parto normal, um parto cesariana, uma curetagem uterina, etc. As medições quantitativas e os métodos da técnica médica devem ser traduzidos em custos, com o propósito de se atingir um custo-padrão por procedimento médico. Deve-se pensar em um padrão em termos de quantidade de materiais médicos, medicamentos, energia elétrica, água, telefone, manutenção, impostos, pessoal, treinamento, gêneros alimentícios, material de limpeza e lavanderia, programa de combate à infecção hospitalar, etc. Usa-se o custo hospitalar padrão para:

1. promover e medir a eficiência médica;
2. controlar e reduzir custos hospitalares;
3. simplificar os procedimentos dos custos hospitalares; e
4. fixar preços aos procedimentos médicos.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se o reconhecimento dos trabalhos realizados no setor de custos e identificação do método de custeio utilizado pela organização.

As entrevistas não estruturadas foram aplicadas a todos os funcionários diretamente ligados à apuração dos custos das cirurgias cardíacas, médicos-cirurgiões, anestesistas, enfermeiros, auxiliares e circulantes.

A metodologia a ser utilizada na execução deste trabalho obedece as seguintes etapas:

Reconhecer o ambiente da instituição onde serão repassadas todas as informações obtidas.

Análise da Legislação fiscal vigente e Princípios gerais de contabilidade;

Observação crítica das atividades internas do setor de custos;

Entrevistas com responsável pelo setor de custos;

Questionários para os setores que estão interligados ao centro de custos;

Internet;

Intercâmbio entre outros setores que possuem Centros de custos.

3.1 DEFINIÇÃO DA AMOSTRAGEM

A opção de custear as cirurgias cardíacas, se deu pelo fato de que o SUS determinou que além dos acidentes de trânsito, e os problemas neurológicos, as doenças cardíacas causando mortalidade e patologias na população brasileira. Sendo que o Hospital Universitário, é responsável de pesquisar na área médica, é relevante conhecer os custos, receitas e resultados que originam-se das cirurgias cardíacas..

4. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS

O Ambulatório Araújo Lima, é referência no Amazonas, possuindo área física de 1.019,00 m², distribuídos em 28 consultórios, 2 salas para pequenas cirurgias, 2 salas de curativos 1 sala de gesso, 1 sala de imunização e 1 sala para procedimentos oftalmológicos.

No ano de 2003, foram realizadas 21.560 consultas básicas (clínica médica, cirúrgica, pediatria, ginecologia e obstetrícia) além das especializadas totalizando 85.887 atendimentos ambulatoriais, demonstrados na tabela 1.

Em comparação ao ano de 2002 houve um decréscimo de 0,16%. Porém, o total de consultas, ou seja, a somatória do Ambulatório Araújo Lima e Pronto Socorro foi de 93.763, 1,78% a mais em relação ao ano anterior.

Tabela 1. Consultas Básicas e Especializadas

Consultas básicas e especializadas		Total
Cirurgia	10.116	
Médica	1.780	
Pediatria	4.131	
Ginecologia	5.504	
Obstetrícia	29	
Dermatologia	3.249	
Endocrinologia	3.848	
Gastroen	1.272	
Hematologia	183	
Nefrologia	2.510	
Neurologia	1.375	
Neurocirurgia	3.352	

Otorrino	3.600
Curativos	13
Pneumologia	986
Psiquiatria	150
Reumatologia	4.895
Tisiologia	592
Ortopedia	6.125
Urologia	2.274
Mastologia	140
Cabeça & Pescoço	1.303
Cardiologia	4.071
Oftalmologia	4.222
Psicologia	2.045
Nutrição	1.755
Enfermagem	8.656
Serviço Social	5.703
Homeopatia	0
Outros	2.008
Total	85.887

O Serviço de Emergência do HUGV atende as especialidades de neurocirurgia e ortopedia e traumatologia.

No ano de 2003 realizou 7.876 atendimentos (tabela 2) e 1.895 internações por especialidade (tabela 3)

Em relação ao ano de 2002 houve um aumento de 22,84% nos procedimentos especializados.

Tabela 2. Consultas Pronto Socorro

Especialidade	Quantidade
Neurocirurgia	5.194
Cirúrgico	29
Ortopedia	244
Clínico	0
Politrauma	2.409
Total	7.876

Tabela 3. Internação por especialidades no PSU

Especialidade	Quantidade
Neurocirurgia	1.085
Politrauma	758
Ortopedia	52
Total	1.895

Consultas Pronto Socorro - Comparativo 2002/2003
 2002:.....6.007

2003:.....7.876

Em 2003 foi feito um levantamento das necessidades do serviço de urgência, originando um projeto para o Ministério da Saúde através do Programa de qualidade e eficiência do SUS, com o objetivo de adquirir equipamentos para a melhoria da qualidade do serviço prestado ao paciente no pronto-socorro, sala de recuperação e centro-cirúrgico no valor de R\$ 1.688.861,86.

O Laboratório de Análises Clínicas possui serviço de microbiologia, imunologia, bioquímica, hematologia, parasitologia/urinálise, além das salas de lavagem de material e sala de esterilização, funcionando 24 horas.

Este ano o laboratório superou todas as expectativas de crescimento realizando 445.493 exames (Tabela 4) ou seja obteve acréscimo de 39,10% em relação ao ano de 2002.

Tabela 4. Exames laboratoriais

Exame	Quantidade
Bioquímica	229.311
Hematologia	153.898
Fezes	12.442
Imunologia	16.798
Microbiologia	11.378
Urina	21.695
Total	445.493
Exames Laboratoriais	(Comparativo 2002/2003)
2002	271.285
2003	445.493

E o objetivo é ampliar ainda mais os serviços oferecidos, para isso, conta com o projeto de Ministério da Saúde, no valor de R\$ 407.731,20 a serem aplicados na aquisição de equipamentos para modernização do Laboratório.

O Serviço de Cirurgia do HUGV, abrange 16 especialidades, responsáveis pela realização de 2.482 cirurgias eletivas (Tabela 5) , 752 cirurgias de urgência (Tabela 6) e 734 cirurgias de taxa externa (Tabela 7), totalizando 3.968 de procedimentos cirúrgicos realizados em 2003, 4,96 % a mais em relação ao ano anterior (Tabela 3).

Tabela 5. Cirurgias Eletivas

Especialidade	Quantidade
Gastro	308
Proctologia	147
Ortopedia	389
Urologia	280
Vascular	140
Ginecologia	96
Pediatria	14
Neurocirurgia	175
Odonto	42

Otorrinolaringologia	164
Cabeça & Pescoço	121
Oftalmo	1
Plástica	18
Cardíaca	131
Tórax	73
Geral	383
Total	2.482

Tabela 6. Cirurgias de Urgência

Especialidade	Quantidade
Gastro	20
Ortopedia	152
Urologia	30
Ginecologia	2
Vascular	11
Neurocirurgia	409
Cardiologia	19
Otorrino	6
Cabeça e pescoço	12
Tórax	18
Pediatria	2
Geral	71
Total	752

O ano de 2003 foi de grandes conquistas não só para o Hospital

Universitário Getúlio Vargas mais também para toda área de saúde do Amazonas. Foi o ano em que foram vencidas as principais barreiras para o progresso do HUGV - o espaço físico e falta de pessoal.

Em 21 de abril a Universidade Federal do Amazonas passou a administrar o Hospital Dona Francisca Mendes, formando com o HUGV, as Unidades Hospitalares Integradas, conferindo ao primeiro a qualidade e experiência do HUGV e ao segundo, espaço e modernidade.

Vale ressaltar que os hospitais apesar de integrados, são unidades independentes, sendo administrados pela mesma equipe, mas com serviços médicos distintos, pessoal próprio e ambos campo de ensino, pesquisa e graduação. Por isso, esse relatório refere-se apenas ao HUGV.

Além da aquisição do HUDEFM, vários estudos foram realizados para ampliação

e reforma do Ambulatório Araújo Lima, Centro Cirúrgico, Farmácia e Recepção resultando no projeto para o ministério da saúde através do Programa Qualidade e Eficiência do SUS no valor de R\$ 8.300.000,00 reais.

Em relação a pessoal, foi realizado concurso público para cargos referentes as atividades fins do hospital, tais como: Enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de laboratório, médicos de várias especialidades, farmacêuticos, bioquímicos, entre outros. Porém, ainda

falta concurso para suprir os cargos das atividades meio, tais como: auxiliares administrativos, técnicos administrativos e assessores de áreas diversas.

Outros aspectos administrativos a serem analisados são:

1. Planejamento - o HUGV passou a planejar melhor suas atividades, fazendo previsão e controle de estoque em todos os setores, principalmente Laboratório, Farmácia e Centro Cirúrgico. Realizando também, grandes licitações, evitando assim compras de urgência que são mais onerosas para a instituição.

2. Visão de Futuro - além do projeto de ampliação citado anteriormente, outros 17 projetos foram apresentados ao ministério da Saúde, com o intuito de equipar o hospital com os aparelhos mais modernos do mercado e principalmente que impulsionem e complementem os serviços oferecidos pelo hospital, contemplando: Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço de Gastroenterologia, UTI Adulto/Pediátrica, Rede de computadores da FCS e HUGV, Serviço de Lavanderia e Costura, Serviço de Laboratório de Análises Clínicas e Patologia, Pronto Socorro, Sala de Recuperação e Centro Cirúrgico, Serviço de Anestesiologia, Serviço de Otorrinolaringologia/Ambulatório, Serviço de Cirurgia Torácica e Serviço de Ortopedia.

3. Novos Setores - foi criado o Serviço de Ergodesing, responsável por intervenções ergonômicas em diferentes setores do HUGV, sinalização, ambientação, e projetos gráficos. Também foram reativados a Assessoria de Comunicação do HUGV, e o Boletim Informativo. Para pacientes e funcionários foi inaugurada a Sala de Leitura do HUGV, proporcionando cultura e lazer aos mesmos.

4. Informatização - montou-se uma estrutura de rede que suporta 117 máquinas, englobando o AAL, o HUGV e o Prédio Anexo, interligando todos os computadores do hospital a um servidor, permitindo a implantação de um Sistema Integrado de Controle Hospitalar, que pode monitorar todos os processos do hospital, o atendimento ao cliente, o controle de materiais a geração das contas hospitalares etc. Além disso, está sendo instalado um sistema de comunicação via rádio, que interligará os Hospitais Universitários Getúlio Vargas e Francisca Mendes, a UFAM e o Almoxarifado. Essas medidas administrativas têm por reflexo a melhoria contínua dos serviços médicos hospitalares, constatados no aumento da produtividade na maioria dos indicadores assistenciais do hospital. Porém, os problemas de um hospital universitário não são poucos, sendo os principais:

1. Demanda de pacientes maior que a oferta - Algumas especialidades tais como: ortopedia e neurocirurgia de alta complexidade, otorrinolaringologia e proctologia são desenvolvidas apenas no HUGV, ou seja, o número de paciente excede a capacidade de atendimento tanto em nível ambulatorial quanto em internação hospitalar e procedimentos cirúrgicos, resultando em uma lista de espera desumana.

2. Orçamento - as verbas destinadas ao hospital são insuficientes para suprir despesas provenientes de eventualidades como quebra de equipamentos

e compra de medicamentos não padronizados pelo SUS.

3. Tabela de procedimentos do SUS -o que o SUS repassa pelos procedimentos

realizados no HUGV, não cobrem seus custos, causando prejuízo financeiro ao HUGV.

Ao se fazer um balanço do ano de 2003 pode se afirmar que com o planejamento adequado dos processos do hospital, aliado a uma visão de futuro, muitos obstáculos foram vencidos e melhorias alcançadas. Embora ainda existam inúmeros obstáculos a serem vencidos como o modelo de financiamento e a ausência de quadro de pessoal em quantidade e número suficiente, qualificado e dignamente remunerados para o exercício da função.

5. RESULTADOS E ANÁLISE

Inexistência de controles de estoques por parte da Contabilidade de Custos que facilitem o processamento e a acumulação dos materiais diretos consumidos no procedimento cirúrgico cardíaco.

Inexistência de relatórios periódicos de custos de produção médica por procedimentos cirúrgicos.(atualmente é utópica sua implementação).

As cirurgias cardíacas: cirurgia de coronária com extra-corpórea e Marcapasso cardíaco geram uma receita de R\$ 3.241,88 cada uma. Seno a receita conjunta de R\$ 6.483,76. Os custos de materiais diretos usados (medicamentos e materiais hospitalares), a mão-de-obra direta e os custos indiretos de produção hospitalar somam em ambas cirurgias R\$ 5.433,83. Sendo o lucro gerado pelas cirurgias R\$1.049,93 em contraposição ao prejuízo do ano 2.000 de R\$4.244.655,74

CUSTO DOS PROCEDIMENTOS DE CIRURGIAS CARDIACAS:

QUADRO 01

Custos da mão de obra da equipe médica

Equipe	CH	Salário	Encargos sociais	Saldo	Sal.dia
Cirurgião	40h	4.412,36	946,00	5.358,36	178,61
1º Aux.	20h	1.493,06	320,11	1.813,17	60,44
2º Aux.	20h	1.426,81	305,91	1.732,72	57,76
Residente	60h	1.092,16	30,59	1.122,75	37,43
Anestestista	20h	1.389,29	297,86	1.687,15	56,24
Residente	60h	1.092,16	30,59	1.122,75	37,43

Circulante	20h	906,26	194,30	1.100,56	36,69
TOTAL		11.812,10	2.125,36	13.937,46	464,60

Fonte: DIRETORIA do HU
Período: Jun/Jul/00

Conforme nota-se no quadro custos da mão-de-obra da equipe médica, os membros participantes de cirurgia cardíaca são: 1 cirurgião, 2 auxiliares, 2 residentes, 1 anestesista, e 1 circulante. Todos eles somam um custo salarial pelas horas trabalhadas correspondente a R\$ 11.812.10; os encargos sociais equivalem a R\$ 2.125.36. O custo da mão-de-obra R\$ 13.937.46.

QUADRO 02

MOD de Cirurgia de Marcapasso c/04 horas de duração

Equipe	Sal.dia
Cirurgião	178,61
1º Aux.	60,44
2º Aux.	57,76
Residente	37,43
Anestesista	56,24
Residente	37,43
Circulante	36,69
TOTAL	464,60

Fonte: DIRETORIA do HU
Período: Jun/Jul/00

Pode-se observar no quadro 2 MOD de Cirurgia de Marcapasso c/04 horas de duração, os custos diários dos 7 profissionais da equipe médica somam um salário-dia equivalente a: R\$464.60

QUADRO 03

MOD de cirurgia de grande porte com CEC c/duração de 08 horas

Equipe	Sal.dia
Cirurgião	178,61
1º Aux.	60,44
2º Aux.	57,76
Residente	37,43
Anestesista	56,24
Residente	37,43
Circulante	36,69

TOTAL	464,60
-------	--------

Fonte: Fonte: DIRETORIA do HU
Período: Jun/Jul/00

Observa-se no quadro 03 MOD de cirurgia de grande porte com CEC c/ duração de 08 horas, que o custo da mão-de-obra de produção médica equivale a R\$ 464.60. O valor da MOD é igual para qualquer procedimento não importando o tempo de duração, pois o salário pago é medido por dia.

QUADRO 04

MATERIAL DIRETO UTILIZADO NAS CIRURGIAS:

Marcapasso

Grande porte c/CEC

Qte.	Material	VI.Unitário	Valor R\$
14	Par de luva 7,5	0,80	11,20
03	Seringa 20 ml c/agulha	0,52	1,53
01	Xilocaina 2% s/vaso	61,40	61,40
01	Gelco nº 20,18 e 16	0,65	0,65
02	Lâmina bisturi nº 15	0,26	0,52
01	Cat.Cromado 3 – 0	48,00	48,00
01	Cat.Simples 3 – 0	48,00	48,00
01	Mononylon 4 – 0	50,00	50,00
01	Polycot 3 – 0	80,00	80,00
01	Frasco p/ antibiótico	0,70	0,70
100ml	Povidine degermante	19,00	19,00
01	Soro fisiológico	1,00	1,00
01	Soro fisiológico 0,9 % 500 ml	5,16	5,16
50 ml	Povidine alcoólico	19,00	19,00
1ml	Heparina	3,00	3,30
20 pct	Gaze c/ 10 unidades	9,58	191,60
05	Esparadrapo 10 x 45 cm	2,80	14,00
01	Cachimbo cirúrgico	8,50	8,50
01	Água destilada 5ml	1,16	1,16
03	Torneirinha	0,61	1,83
01	Cordonê	15,00	15,00
03	Equipos macro gotas	1,36	1,36
3ml	Mercúrio metálico	6,80	6,80
01	Equipo fotosensível	3,85	3,85
01	Extensor	1,44	1,44
40cm	Esparadrapo	2,80	2,80
01 cxa	Bolas de algodão	25,00	25,00
50ml	Alcól 70 %	5,00	5,00
05	Eletrôdos	0,88	0,88
12	Compressas de 50x50	42,00	42,00
01	Cateter p/oxigênio	1,16	1,00
01	Scalp nº 19	0,25	0,25
01	Marcapasso completo	2.867,26	2.867,26
TOTAL			3.539,19

Fonte: Centro Cirúrgico do HU

Período: Jun/Jul/00

O quadro 04 MATERIAL DIRETO UTILIZADO NAS CIRURGIAS detalha 33 materiais necessários para realizar a cirurgia de Marcapasso, sendo notável que

do total do custo do material direto (R\$ 3.539.19), os materiais mais significativos são: 1 marcapasso completo R\$ 2.867.26; 20 pct de gaze com 10 unidades R\$191.60 e 1 polycot 3-0 R\$ 80.00.

QUADRO 05

MÃO DE OBRA INDIRETA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Equipe	Salário	Encargos sociais	Saldo	%
Diretoria	201,89	43,29	245,18	2,9
Nutrição	1.176,55	252,25	1.428,80	16,9
Lavanderia	243,66	52,24	295,80	3,5
UTI	90,50	19,40	109,91	1,3
Banco de sangue	285,44	61,20	346,63	4,1
CEP	215,82	43,27	262,09	3,1
Patrimônio	174,03	37,32	211,36	2,5
Finanças	208,86	44,78	253,63	3,0
AAL	368,97	79,11	448,09	5,3
Psicologia	229,73	49,26	278,10	3,3
Coord.Técnica	215,82	46,27	262,09	3,1
Coord.Adm.	299,35	64,18	363,54	4,3
Compras	243,66	52,24	295,91	3,5
Exames especiais	153,16	32,84	185,10	2,2
Serv.Radiologia	508,21	108,96	617,18	7,3
Farmácia	487,33	104,48	591,81	7,0
SRH	153,16	32,84	185,10	2,2
Serv.Social	250,63	53,73	304,36	3,6
Telefonista	257,59	55,23	312,82	3,7
Enfermagem	104,43	22,38	128,80	1,5
Lab.de análise	821,50	176,13	497,63	11,8
Serv. Manut.	271,51	57,21	329,72	2,2
TOTAL	6.961,84	1.492,62	8.454,46	100

Fonte: DIRETORIA do HU

Período: Jun/jul/00

Pode-se observar no quadro 05 MÃO-DE-OBRA INDIRETA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, que os salários das unidades que não pertencem a produção médica (mão-de-obra indireta) totalizam R\$ 6.961.84; sendo os encargos sociais respectivos R\$ 1492.62; o total geral da mão-de-obra indireta R\$ 8.454.46 é de destacar-se o custo da nutrição equivale a 16,9% do total geral e o custo do laboratório e análise corresponde a 11.8% do total geral.

QUADRO 06

MATERIAL INDIRETO UTILIZADO NAS CIRURGIAS DE:

Marcapasso

Grande porte c/CEC

Item	Material	Vida útil Em ano	Valor unitário	Deprec %
01	Caixa p/ marcapasso	10	250,00	0,26
02	Extensão marcapasso	p/ 5	85,00	0,88
03	Monitor Cardíaco	10	1.752,00	3,65
04	Oxigênio		6,00	60,00
05	Bisturi elétrico	10	793,00	0,82
06	Analizador marcapasso	de 10	1.140,00	1,19
07	Intensificador imagens	de 10	250,00	0,26
TOTAL			4.668,00	67,06

Fonte: Centro Cirúrgico do HU

Período: jun/jul/00

Observa-se no quadro 06 MATERIAL INDIRETO UTILIZADO NAS CIRURGIAS DE: Marcapasso, o consumo de 7 materiais/ instrumentos cirúrgico com durabilidade de 10 anos com extensão para marcapasso com vida útil de 5 anos, e com a particularidade do consumo do oxigênio no curto prazo. O total do custo do material indireto usado na cirurgia é de R\$ 67.06.

Nota explicativa:

Os dados se referem a oito cirurgias mensais

QUADRO 07

CUSTOSINDIRETOS DE PRODUÇÃO MÉDICA(CIRURGIAS)

Item	Material	Valor Rateado	Valor Utilizado
01	Energia	27.582,00	76,62
02	Água	1.568,00	4,36
03	Serviços de terceiros	53.735,00	149,26
04	Manutenção do HU	95.000,00	263,89
05	Depreciação	63.552,00	176,54
06	Material de limpeza	665,00	1,85
07	Telefone	3.840,00	10,67
08	Segurança e vigilância	22.000,00	61,11
09	Gases medicinais	13.021,16	36,17
10	Oxigênio líquido	36.000,00	100,00
11	Oxigênio nitroso	15.000,00	41,67
12	Cons.Cam.Frig.	587,50	1,63
13	Plantonistas	15.000,00	41,67
TOTAL		347.550,66	965,44

Fonte: Centro de Custos do HU

Período: jun/jul/00

O quadro 7 CUSTOSINDIRETOS DE PRODUÇÃO MÉDICA (CIRURGIAS)

Mostra custos indiretos de produção médica como energia serviços de terceiros, manutenção, depreciação, oxigênio líquido e outros que somam o valor R\$ 965,44.

Os cálculos foram realizados com base em um total de 12 cirurgias diárias realizadas no hospital de várias especialidades.

Ex: $53.582,00/30 = 919,40/12 = 76,62$

RECEITAS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANO 2000

LEVANTAMENTO DA RECEITA FINANCEIRA 2000	R\$ 6,912.802,32
ADICIONAL DA RECEITA	<u>1.213.803,58</u>
TOTAL RECEITAS DO ANO 2000	8.126.605,90

MAIS MÃO-DE-OBRA DIRETA DOADA PELO GOVERNO FEDERAL E ESTADUAL.	<u>8.380.760,46</u>
---	---------------------

TOTAL DE RECEITAS DO ANO 2000	R\$16.507.366,36
-------------------------------	------------------

CUSTOS DE PRODUÇÃO MÉDICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO ANO 2000

CUSTOS DOS MATERIAIS DIRETOS	R\$3.606.242,22
------------------------------	-----------------

CUSTOS DA MÃO DE OBRA DIRETA	8.380.760,46
CUSTOS INDIRETOS DE PRODUÇÃO HOSPITALAR	8.765.019,42
CUSTOS DE PRODUÇÃO MÉDICA NO ANO 2000	20.752.022,10

DÉFICIT DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO ANO 2000

RECEITAS TOTAIS	R\$16.507.366,36
CUSTO DE PRODUÇÃO HOSPITALAR	(20.752.022,10)
DEFICIT HOSPITALAR NO ANO 2000	(4.244.655,74)

RECEITA DA CIRURGIA DE CORONÁRIA COM EXTRA-CORPÓREA

SERV. HOSP.	PROF.	SADT	TOTAL
R\$2.144,58	R\$869,57	R\$227,73	R\$3.241,88

RECEITA DA CIRURGIA DO MARCAPASSO CARDIACO

SERV. HOSP.	PROF.	SADT	TOTAL
R\$2.144,58	R\$869,57	R\$227,73	R\$3.241,88

RECEITA CONJUNTA DA CIRURGIA DE CORONÁRIA COM EXTRA CORPÓREA E CIRURGIA DO MARCAPASSO CARDIACO

Cirurgia de coronária com extra-corpórea	R\$3.241,88
Cirurgia do marcapasso cardíaco	3.241,88
Total da receita conjunta	6.483,76

CUSTOS CONJUNTOS DA CIRURGIA DE CORONÁRIA COM EXTRA CORPÓREA E CIRURGIA DO MARCAPASSO CARDIACO

Custos dos materiais diretos	R\$
	3.539,19
Mão-de-obra direta R\$ 464 x 2	929,20
Custos indiretos de produção médica	965,44
Custos conjuntos da cirurgia CEC e cirurgia do Marcapasso card.	

LUCRO GERADO POR UMA CIRURGIA DE CORONÁRIA COM EXTRA-CORPÓREA E UMA CIRURGIA DO MARCAPASSO CARDIACO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO AMAZONAS NO ANO 2000

Receita conjunta da cirurgia cardíaca CEC e R\$	
Marcapasso	6.483,76
Custos de produção hospitalar das cirurgias R\$	
cardíacas	5.433,83
Lucro gerado pelas duas cirurgias CEC e R\$	
Marcapasso.	1.049,93

6. CONCLUSÃO FINAL

. O custo por procedimentos poderá se tornar uma referência para os gastos a serem efetuados nas diferentes esferas de governos, podendo tornar-se também um instrumento de gestão e execução das políticas na área de saúde. A construção de um sistema de custos hospitalares por procedimentos requer normalizar os registros, Métodos de acumulação, controle e acompanhamento multi-profissional comprometido dos PROCEDIMENTOS MÉDICOS.

O hospital Universitário devido o fato de ser uma instituição pública tem certas peculiaridades, são as variáveis que somente existem em empresas públicas. Os recursos repassados pelos governos não são reajustados na mesma proporção da inflação e da demanda por serviços de saúde, porque nestas instituições, o lucro é o elemento que menos importa, o mais importante é a gestão e otimização dos recursos repassados à instituição. A Contabilidade de Custos, no futuro, em muito deverá colaborar para que organismos públicos possam sim, gerir melhor seus recursos com o objetivo de:

Fornecer bases para o planejamento de gastos operacionais;

Oferecer bases para comparar os custos do hospital com os demais ;

Permitir que seja conhecida a eficácia em termos de custo das intervenções nas diversas áreas do hospital;

Identificar as atividades que não adicionam valor, mas que consomem recursos sem adicionar valor aos serviços prestados aos pacientes;

Para suportar julgamentos, a alta administração poderá emitir diretivas, manter um constante controle das atividades e obter resultados operacionais que assegurem o equilíbrio financeiro e produtivo da unidade, o que é o desejo de todos os que delas depende.

A análise das receitas, custos das cirurgias cardíacas em estudo e dos lucros resultantes nos leva a concluir que fazendo uso do CUSTO POR PROCEDIMENTO conseguimos acompanhar a geração da receita conjunta de cirurgia de coronária com extra-corporea e de Marcapasso cardíaco pelo valor de: R\$ 6.483,76 sendo os custos das mencionadas, por um valor de R\$5.433,83; e o lucro respectivo R\$ 1.049,93, portanto 15% das receitas por cirurgia cardíacas do Marcapasso e cirurgia de CEC é lucro. Isso dista muito da situação difícil do hospital universitário cujas receita são R\$16.507.366,36; os custos de produção hospitalar de R\$ 20.752.022,10 ; sendo o prejuízo de R\$ 4.244.655,74 (25% das receitas totais representam prejuízo do hospital universitário).

Referências Bibliográficas

BURMESTER, Haino; RICHARD, Jean Pierre. Planejamento e gerência estratégicos. In: CASTELAR, Rosa Maria; MORDELET, Patrick; GRABOIS, Victor. Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro. Cooperação Brasil-França: ENSP ÉDITEUR, 1993.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez editora, 1996.

JOSUÉ, MONTEIRO, DOS SANTOS, TENÓRIO. As informações de custos como ferramentas gerenciais. III Fórum Estadual de Auditoria I Seminário Regional de Auditoria e Controladoria. Fortaleza 03 e 04 de julho do 2003.

JUNQUEIRA, Luciano A Prateur. Gerência dos serviços de saúde. Cadernos de saúde pública, RJ, 6(3): 234-246, jul/set, 1990.

LIMA, Sheyla Maria Lemos. A definição e implementação de objetivos nas organizações públicas de saúde. Síntese da discussão teórica realizada pela autora em sua dissertação de mestrado apresentada à Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas (EBAP/FGV). Rio de Janeiro, fevereiro de 1994.

MARTINS, Domingos. Custos e orçamento hospitalares. São Paulo: Atlas, 2000.

- MARTINS, Eliseu. Contabilidade de custos. 7. Ed. São Paulo: Atlas, 2000.
- MATTOS, Ruy de Alencar. Gerência e democracia nas organizações. 2. Ed. Brasília: editora livre, 1988.
- MEDICI, André César; MARQUES, Rosa Maria. Sistemas de custos como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde. Cadernos Fundap, São Paulo, p. 47-59, abr. 1996.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria nacional de programas especiais. Divisão de planejamento. Manual de apuração de custos hospitalares. Brasília: Centro de Documentação do MS, 1985.
- MOTTA, Paulo Roberto. Alguns desafios administrativos na gestão pública de saúde. São Paulo: ENSP/FIOCRUZ/FUNDAP, 1990.
- _____. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. 7. Ed. Rio de Janeiro: Record, 1996.
- NICZ, Luiz Fernando; KARMAN, Jean Marie. A gestão da informação e da qualidade. In: CASTELAR, Rosa Maria; MORDELET, Patrick; GRABOIS, Victor. Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro. Cooperação Brasil-França: ENSP ÉDITEUR, 1993.
- PADOVEZE, Clóvis Luis. Contabilidade gerencial: um enfoque em sistemas de informações contábil. São Paulo: Atlas, 1994.
- TEIXEIRA, Hélio Janny et al. Remodelando a gestão pública. São Paulo: Edgard Blucher Ltda., 1994.