

GESTÃO HOSPITALAR: GERENCIANDO PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE

Alexandre Gomes Vizzoni¹
Paulo Henrique da Costa Ferreira²
Michael Jacob Fagundes³

VIZZONI, A. G.; FERREIRA, P. H. da C.; FAGUNDES, M. J. Gestão hospitalar: gerenciando processos de trabalho em saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, Umuarama, v. 25, n. 2, p. 161-166, maio/ago. 2021.

RESUMO: A função de gestor hospitalar é invariavelmente complexa, independentemente da região, de fato que, ainda em certos aspectos, os serviços de saúde são mais desafiadores em alguns países, devido à regulação de leitos, financiamento e tecnologias à disposição. Acrescenta-se à extensa relação de demandas gerenciais, a exigência por conhecimentos específicos na gestão dos recursos humanos e físicos. A influência do modelo fragmentado de organização do trabalho, em que cada profissional realiza parcelas do trabalho sem uma integração com as demais áreas envolvidas, tem sido apontada como uma das razões que dificultam a realização de um trabalho em saúde mais integrador e de melhor qualidade, tanto na perspectiva daqueles que o realizam como para aqueles que dele usufruem. A partir do momento em que profissionais de saúde, que trabalham diretamente com o paciente, ocupam coordenações, na medida em que ascendem na organização, passam a desempenhar mais tarefas administrativas. Como exemplo, é possível perceber que uma enfermeira ou médico que coordenam uma unidade de internamento, realizam mais funções administrativas e quase nenhuma técnica, usando seus conhecimentos técnicos para atuar na chefia. Esses profissionais, ao ocupar determinados cargos, nem sempre entendem das atividades administrativas. Com isso, o hospital perde um bom técnico e pode não ganhar um bom chefe. Este trabalho tem uma descrição reflexiva acerca do processo de gestão hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão Hospitalar. Gerenciamento de processos em saúde. Projetos em saúde.

HOSPITAL MANAGEMENT: MANAGING HEALTH WORK PROCESSES

ABSTRACT: The role of hospital manager is invariably complex, regardless of the region. In some countries, health services are even more challenging due to the regulation of beds, financing, and technologies available. In addition to the extensive list of managerial demands, there is also the requirement for specific knowledge in the management of human and physical resources. The influence of the fragmented model of work organization, where each professional performs portions of the work without integration with the other involved areas, has been pointed out as one of the reasons hindering the accomplishment of a more integrating and better-quality health work, both from the perspective of those who perform it and of those who use it. From the moment health professionals, who work directly with the patient, occupy managerial positions, as they ascend in the organization, they inevitably start to have more administrative tasks. As an example, it is possible to notice that a nurse or doctor who coordinates an inpatient unit performs more administrative functions and almost no technical ones. They use their technical expertise to act in managerial positions. These professionals, when occupying certain positions, are not always fully trained to understand administrative activities. Thus, the hospital ends up losing a good technician worker and may not always get a good manager in return. This work presents a reflexive description on the hospital management process.

KEYWORDS: Hospital management. Health process management. Health projects.

1 Introdução

A gestão de serviços de saúde constitui uma prática administrativa com finalidade de otimizar o funcionamento das organizações, visando obter o máximo de eficiência (relação entre produtos e recursos empregados), eficácia (atingir os objetivos estabelecidos) e efetividade (resolver os problemas identificados). Nesse processo o gestor utiliza conhecimentos, técnicas e procedimentos que lhe permitem conduzir o funcionamento dos serviços na direção dos objetivos que foram definidos (LOTUFO; MIRANDA, 2007; YOSHIMI TANAKA; MAMORU TAMAKI, 2012).

O objetivo central de qualquer unidade de saúde é prestar cuidados aos seus pacientes de forma segura. O conjunto específico de serviços que cada paciente recebe em função das suas necessidades para seu processo de tratamento pode ser denominado um produto hospitalar.

Entretanto, de que forma seria possível mensurar um produto hospitalar? Uma das principais alternativas

é a utilização de sistemas de classificação para a análise do produto hospitalar baseado em grupos diagnósticos relacionados (do inglês, *Diagnosis related groups* ou DRG), uma metodologia desenvolvida para agrupar pacientes com perfil clínico semelhante (FARIA; RIBEIRO, 2017; ROSCHEL *et al.*, 2018).

A padronização da coleta de dados permite comparar resultados, sendo possível analisar quais hospitais são mais eficientes e identificar boas práticas dentro do próprio grupo. A análise pode ser feita com diversos níveis de detalhes: por hospital, por tipo de DRG (clínico ou cirúrgico) e por MDC (Major Diagnostic Category). Também é possível analisar índices de mortalidade, condições adquiridas e outros indicadores por DRG para comparar a qualidade dos hospitais.

Problemas diários em unidades de saúde são evidenciáveis de forma prática, didática e acessível por meio das “narrativas”, que permitam construir uma “árvore de problemas”, através da representação gráfica de uma

DOI: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v25i2.2021.8052>

¹Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas - INI/FIOCRUZ. Docente do curso de mestrado profissional em pesquisa clínica em doenças infecciosas e coordenador da agência transfusional. E-mail: alexandre.vizzoni@gmail.com

²Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas - INI/FIOCRUZ. Atuou no serviço de compras como pregoeiro e atualmente desenvolve suas atividades como Coordenador da secretaria acadêmica. E-mail: paulo.costa@ini.fiocruz.br

³Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas - INI/FIOCRUZ. Coordenador do serviço de compras. E-mail: michael.jacob@ini.fiocruz.br

situação-problema (tronco), suas principais causas (raízes) e os efeitos negativos que ela provoca na população-alvo do projeto (galhos e folhas), ou seja, uma situação clara, que apresenta uma conotação negativa e que seja qualificável e/ou quantificável (SOUZA, 2015). Um problema deve sempre vir estruturado como um predicado (sujeito, verbo, objeto). Como exemplo, é possível citar a situação: “100% dos pacientes do hospital X não preenchem o formulário de autorização para procedimentos invasivos”.

Ao proceder a análise de um evento (problema), é comum a utilização da Análise de Causa Raiz (do inglês, *Root Cause Analysis* ou RCA), que é um método de resolução de problemas usado para identificar as causas raiz de falhas ou problemas (PENA; MELLEIRO, 2017; ZIEMBA *et al.*, 2021). Um fator é considerado uma causa raiz se a remoção dele da sequência de falha do problema impede que o resultado final indesejável seja recorrente; enquanto um fator causal é aquele que afeta o resultado de um evento, mas não é uma causa raiz. Embora a remoção de um fator causal possa beneficiar um resultado, isso não impede totalmente sua recorrência (DUTRA *et al.*, 2019).

O RCA é uma abordagem estruturada para identificação dos fatores que estão diretamente influenciando nas consequências de um ou mais eventos, a fim de identificar quais comportamentos ou condições necessitam ser aperfeiçoadas para prevenir a reincidência de consequências similares e para identificar o que se deve aprender para promover a obtenção de melhores resultados (PEERALLY *et al.*, 2017).

Para que a investigação seja eficiente, a equipe deve focar seus esforços em áreas pequenas e bem delimitadas. Uma abordagem focada e bem criteriosa ajudará estreitar a investigação das falhas tendo como foco o ponto onde se encontra (m) a (s) causa (s) raiz (es). As poucas e essenciais causas raízes podem ser determinadas, tratadas e eliminadas sem recorrência e as hipóteses obviamente devem ser passíveis de testes pela equipe e sem perdas de tempo, causas individuais devem ser confrontadas com seus impactos e suas gravidades relativas. As evidências limitadas disponíveis sugerem que o gerenciamento de incidentes e a redução de erros podem ser facilitados através de programas de mudança de todo o sistema (BOWIE; SKINNER; DE WET, 2013; GIARDINA *et al.*, 2013).

Torna-se claro que diferentes tipos de profissionais ou grupos técnicos específicos possuem diferentes visões sobre um mesmo problema. Uma forma básica de se atenuar esta dificuldade de consenso e chegar numa definição clara e comum é tentar responder as seguintes simples perguntas: qual é o problema? Quando aconteceu? Onde aconteceu? Qual meta da área foi impactada pelo problema? Estas perguntas inicialmente devem ser respondidas com afirmativas curtas; um objeto e um defeito como, por exemplo: o tomógrafo teve seu componente elétrico danificado por aumento de temperatura na sala de operação do aparelho.

A construção de uma “hipótese” pode condensar vários problemas numa só frase e lhe dá uma dimensão explicativa. Consiste numa síntese provisória, que é capaz de produzir perguntas e questões de aprendizagem. A práxis científica compreende o conjunto das atividades desempenhadas pelos cientistas tendo por finalidade a produção de novos conhecimentos científicos.

Para a teoria dialética do conhecimento, a interação prática com o objeto apenas fundamenta a construção do conhecimento científico pela mediação teórica. A natureza da relação prática é condicionada à qualidade da prática ou da experiência sensorial depende do grau de desenvolvimento do pensamento do sujeito e, por outro lado, dos condicionantes históricos e sociais dispostos na realidade objetiva que a sustenta (ANTUNES *et al.*, 2018; SOUZA; KERBAUY, 2017).

Este trabalho tem como objetivo principal realizar uma descrição reflexiva acerca do processo de gestão hospitalar, construída durante o período do curso de especialização em Gestão Hospitalar, oferecido pela Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, com o apoio da Escola Corporativa Fiocruz.

2 Gestão de processos e pessoas em saúde

A palavra “processo” é comumente utilizada na prática profissional, entretanto, nem sempre compreendida em sua essência. Gerir processos representa a integração entre todas as funções desempenhadas por uma empresa em seus vários departamentos, contrariando o conceito de gestão por setores e seções utilizados nas organizações. Essa divergência tem confundido bastante a compreensão do conceito e a sua abrangência na organização.

A influência do modelo fragmentado de organização do trabalho, em que cada profissional realiza parcelas do trabalho sem uma integração com as demais áreas envolvidas, tem sido apontada como uma das razões que dificultam a realização de um trabalho em saúde mais integrador e de melhor qualidade, tanto na perspectiva daqueles que o realizam como para aqueles que dele usufruem (DOLNY *et al.*, 2020; PEDUZZI *et al.*, 2020).

A finalidade do processo de trabalho em saúde é, por meio de alguma ação terapêutica, coproduzir saúde e o que define o trabalho em saúde é a necessidade colocada pelo sujeito que busca estes serviços. No entanto, a necessidade não se constitui unilateralmente. No caso do trabalho em saúde estão envolvidas as necessidades dos trabalhadores, das instituições e dos usuários do serviço, as quais devem ter precedência sobre as demais (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018; SILVA *et al.*, 2017).

O trabalho em saúde não é completamente controlável, pois se baseia em uma relação entre pessoas, em todas as fases de sua realização e, portanto, sempre está sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de concretização da prática. Os serviços de saúde, então, são palco da ação de um time de atores, que têm intencionalidade em suas ações e que disputam o sentido geral do trabalho. Atua fazendo uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. O cotidiano, portanto, tem duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador (ATHANASIO, 2017; CORTEZ *et al.*, 2019).

A importância do ponto de vista do processo não se restringe a um setor empresarial específico. No campo da saúde, como resultado da natureza do serviço oferecido, os processos das instituições de saúde também são a base para a tomada de decisões, que está focada na consecução

do objetivo de fornecer assistência médica de qualidade. Os principais desafios da modelagem de processos de negócios em saúde (Business Process Modeling ou BPM) são a definição de processos de saúde, a natureza multidisciplinar dos cuidados de saúde, a flexibilidade e variabilidade das atividades envolvidas nos processos de cuidados de saúde, a necessidade de interoperabilidade entre múltiplos sistemas de informação e a atualização contínua de conhecimento científico em saúde (BERNONVILLE *et al.*, 2013).

A percepção do trabalho atravessando as diversas áreas funcionais para executar um macroprocesso (também denominado de processo de negócio), trouxe uma nova demanda aos que implementam a tecnologia da informação nas organizações: integrar os diversos programas e sistemas de informação existentes nas áreas funcionais, a fim de operarem em sincronia com a arquitetura dos novos processos de negócios, da nova visão de gestão requerida pelas organizações (SORDI; SPELTA, 2007).

A complexidade profissional, social e organizacional de um hospital, requer uma exigência muito superior no que respeita a criação de um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) que pretenda obter o envolvimento de todas as partes interessadas. A dificuldade reside, principalmente, na multiplicidade de interesses que é necessário conciliar, na variedade de especialidades técnicas que participam no cotidiano de um hospital, no convívio permanente de seres humanos com culturas, origens e formações completamente distintas (SILVA *et al.*, 2021; TERRA; BERSSANETI, 2017).

Aproximadamente 80% dos problemas de uma unidade de saúde estão relacionados a processos e pessoas. A interface da gestão de processos e de pessoas deve ser feita através da gestão de competências: para se chegar a melhor eficiência, eficácia e efetividade da organização são necessários o conhecimento, as habilidades, a criatividade, a motivação e a competência pessoal. O grande desafio de alinhar as pessoas, seus respectivos desempenho e competências com as estratégias do negócio e objetivos organizacionais aparece como um destaque absoluto para o desenvolvimento do processo gerencial em saúde (TRINDADE DA SILVA BARRETO *et al.*, 2011).

Observa-se numa organização de saúde um sistema produtivo de atenção à saúde, onde o setor de abastecimento integra-se como subsistema para atender as necessidades de insumos (materiais de consumo) e de equipamentos (materiais permanentes) daqueles que desenvolvem e disponibilizam os produtos, que são os profissionais de saúde (BORGES; TORTORELLA, 2018; SILVA *et al.*, 2018). Por outro lado, as atividades de atenção à saúde são atividades complexas, assentadas sobre uma cadeia produtiva que incorpora seqüências de ações definidas para a geração de seus produtos (os chamados “procedimentos”). Cada procedimento demanda um portfólio específico de insumos (bens) e processos de trabalho (serviços), cuja composição pode variar entre diferentes organizações e até segundo os diferentes tipos de pacientes e profissionais de uma mesma organização (SANTOS *et al.*, 2020).

A referência compreende o fluxo de encaminhamento do usuário do nível menor para o de maior complexidade, inversamente, a contrarreferência está relacionada ao ato de referenciar do nível de maior para o de menor complexidade.

Para garantir o acesso e o atendimento ao usuário em todos os níveis de atenção à saúde, é imprescindível estabelecer o sistema de referência e contrarreferência baseados na acessibilidade e continuidade da assistência, caso contrário, a ausência deste fluxo pode ser apenas um discurso reiterado, sem possibilidade de concretização. Observa-se a importância, para a gestão de leitos, da participação e estruturação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) da unidade hospitalar (ANDRADE; FRANCISCHETTI, 2019).

3 Orçamento público

O orçamento público é um mecanismo de planejamento e execução das finanças públicas. Na atualidade, o conceito está intimamente ligado à previsão das receitas e à fixação das despesas públicas. No Brasil, sua natureza jurídica é considerada como sendo de lei em sentido formal, apenas. Isso guarda relação com o caráter meramente autorizativo das despesas públicas ali previstas. O orçamento contém estimativa das receitas e autorização para realização de despesas da administração pública direta e indireta em um determinado exercício que, no Brasil, coincide com o ano civil (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Por se tratar de um instrumento de gestão de maior relevância e provavelmente o mais antigo da administração pública, os governos devem utilizá-lo como forma de organizar os seus recursos financeiros. Partindo da intenção inicial de controle, o orçamento público tem evoluído e vem incorporando novas instrumentalidades. No Brasil, o orçamento reveste-se de diversas formalidades legais. Sua existência está prevista constitucionalmente, materializada anualmente numa lei específica que “estima a receita e fixa despesa” para um determinado exercício (MOURA; RIBEIRO, 2017).

A estrutura orçamentária do país é baseada em três documentos: Planos Plurianuais – PPA, Leis de Diretrizes Orçamentárias – LDO, e Leis Orçamentárias Anuais – LOA, que valem para os governos federal, estaduais e municipais da mesma forma. Conforme preceito legal, o PPA estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração federal (Estadual ou Municipal) para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas continuados (COUTO; NETO; RESENDE, 2018).

Quando se fala em orçamento público, a maioria das pessoas entende que se está tratando de despesas, e os próprios administradores públicos dão muito mais atenção ao lado dos gastos do que ao lado da entrada de recursos. É natural, porque o impacto das despesas públicas nos cidadãos é muito maior, embora, muitas vezes, o cidadão não se dê conta de quanto é atingido pela receita pública (SUXBERGER; LEMOS, 2020).

O sistema de custo baseado em atividades (do inglês, *Activity Based Costing - ABC*) visa avaliar o processo de produção do custo e não apenas o custo final do serviço ou bem. O sistema de custeio baseado em atividades não se diferencia do sistema de custeio baseado em volume apenas pela mudança das bases de alocação de custos indiretos, mas também pela identificação que faz dos custos por atividade e pela maneira como aloca os custos aos produtos, através de maior número de bases (LIMA; THOMAZ, 2020;

MACHADO *et al.*, 2018).

Dessa forma, a mudança do modo de cálculo dos custos por absorção (a maneira tradicional) para a visão de custos por atividade, depende da mudança do modelo de gestão departamental para uma gestão por processos, mostrando sincronia de conteúdo com o exposto nas concentrações anteriores. O sistema de gerenciamento baseado em atividades tem como finalidade auxiliar a empresa a atingir seus objetivos com o menor consumo de recursos, ou seja, obtendo os mesmos benefícios com um custo total mínimo. Esse objetivo somente será alcançado através de um conjunto de medidas interligadas, que somente podem ser desenvolvidas com informações provenientes do método de custeio ABC (POMPERMAYER, 2017).

Cada vez mais os conceitos da economia e da contabilidade tem se popularizado na saúde por vários motivos: avanço exponencial da tecnologia, com custos crescentes, disputas dos recursos por outras áreas, lei de responsabilidade fiscal, falta de priorização das áreas sociais, etc (CAMPINO, 2017).

Escassez é o problema econômico fundamental de se ter desejos humanos praticamente infinitos em um mundo de recursos limitados. A sociedade tem meios de produção e recursos insuficientes para atender aos desejos e necessidades de todos os seres humanos. Para algo ser escasso, é preciso que ele seja difícil de se obter, de se produzir, ou ambos, ou seja, o seu “custo” de produção determina se é escasso ou não (GADELHA; TEMPORÃO, 2018).

A controladoria desempenha um papel importante no dia a dia das instituições. Auxiliar na definição das estratégias e dos objetivos, na elaboração do orçamento, das normas, do planejamento, da implantação e/ou implementação dos modelos de decisão, gestão e informação são algumas das atividades que fazem parte das funções da controladoria, independentemente de sua natureza ser pública ou privada (COSTA, 2017; NUNES, 2019).

A discussão sobre o papel da intervenção governamental na economia, para fins de alocação igualitária dos recursos da sociedade, tem como embasamento a teoria dos bens públicos para a justificativa da alocação dos recursos nacionais entre o setor público e privado, para fornecimento de parte de bens requeridos pela população. Essa teoria visa analisar a eficiência na utilização dos recursos pelo setor público (COSTA; MIANO, 2020).

No Serviço Público, os órgãos de Controladoria, como a Controladoria Geral da União (CGU), fazem isso por meio de atividades como controle interno, auditoria pública, correção, prevenção e combate à corrupção e ouvidoria (BURITI; FILHO, 2018).

As decisões do governo em gastar, taxar, regular ou estabelecer uma empresa estatal influenciam diretamente, uma vez que, as decisões são pautadas pela ótica de quais produtos e serviços serão produzidos pela economia, como e para quem. A expansão dos gastos públicos se relaciona com o seu papel de produção dos bens públicos e de controle de externalidades numa economia de mercado. O governo tende a permanecer se expandindo dada a incapacidade de os mercados organizarem-se eficientemente para produzir os bens públicos (GRUDTNER *et al.*, 2017; NEDUZIAK *et al.*, 2017).

4 Conclusão

A partir do momento em que profissionais de saúde, que trabalham diretamente com o paciente, ocupam cargos elevados como direções e coordenações, na medida em que ascendem na organização, passam a desempenhar mais tarefas administrativas. Como exemplo, é possível perceber que uma enfermeira ou médico que coordena uma unidade de internação, realizam mais funções administrativas e quase nenhuma técnica. Eles usam seus conhecimentos técnicos para atuar na chefia. Esses profissionais, ao ocupar determinados cargos, nem sempre entendem das atividades administrativas. Com isso, o hospital perde um bom técnico e pode não ganhar um bom chefe. Deve ser uma preocupação constante de um diretor do hospital, qualificar tecnicamente seus profissionais para a prática da gestão.

Portanto, atenta-se à necessidade do gestor público em definir a capacidade de sustentação do modelo de prestação de serviços hospitalares, garantir capacidade regulatória e integração com o sistema privado. A noção da atenção privada como suplementar implica em não realizar o planejamento de maneira adequada e aprimorar a gestão. Tanto o setor público quanto o privado têm que fazer um voto de busca da eficiência. Um aprendizado formal de gestão hospitalar propicia uma mudança de rumo, o desejo de melhorar e atender melhor o usuário do hospital.

Referências

- ANDRADE, L. S.; FRANCISCHETTI, I. Referência e Contrarreferência: Compreensões e Práticas. **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change**, v. 10, n. 1/2/3, p. 054-064, 2019.
- ANTUNES, J. *et al.* Diagnóstico rápido participativo como método de pesquisa em educação. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, v. 23, n. 3, p. 590-610, dez. 2018.
- ATHANASIO, L. C. F. M. Novas formas de organização do trabalho, efeitos sobre a saúde dos trabalhadores, estigmatização e discriminação. **Revista eletrônica do Tribunal Regional do Trabalho da 9ª Região**, v. 7, n. 64 (dez. 2017/jan. 2018),
- BERNONVILLE, S. *et al.* A business process modeling experience in a complex information system re-engineering. **Studies in Health Technology and Informatics**, v. 192, p. 969, 2013.
- BORGES, G. A.; TORTORELLA, G. L. Projeto de implementação de práticas enxutas na cadeia de suprimentos de serviços de saúde: melhorias nos processos inerentes. **Iberoamerican Journal of Project Management**, v. 9, n. 2, p. 156-172, 2018.
- BOWIE, P.; SKINNER, J.; DE WET, C. Training health care professionals in root cause analysis: a cross-sectional study of post-training experiences, benefits and attitudes. **BMC Health Services Research**, v. 13, p. 50, 7 fev. 2013.

- BURITI, A. E. P.; FILHO, M. A. P. de M. Fraudes às verbas públicas: um estudo sobre licitações fiscalizadas pela controladoria-geral da união (CGU). **Diálogo Jurídico**, v. 17, n. 2, p. 24-51, 2018.
- CAMPINO, A. C. C. Trajetória da Economia da Saúde no Brasil. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 6, n. 1, p. 1-8, 1 abr. 2017.
- CORTEZ, P. A. *et al.* Práticas humanizadas de gestão de pessoas e organização do trabalho: para além do positivismo e do dataísmo. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 3, 2019.
- COSTA, F. L. D.; MIANO, V. Y. Estatização e desestatização no Brasil: o papel das empresas estatais nos ciclos da intervenção governamental no domínio econômico. **Revista de Gestão Pública**, v. 2, n. 1, p. 145-181, 30 jun. 2020.
- COSTA, N. do R. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1065-1074, abr. 2017.
- COUTO, L. C. do; BARBOSA NETO, J. E.; RESENDE, L. L. Flexibilidade do orçamento público perante a execução orçamentária. **Revista Mineira de Contabilidade**, v. 19, n. 1, p. 42-54, 2018.
- DOLNY, L. L. *et al.* Educação permanente em saúde (EPS) no processo de trabalho de equipes de saúde da família (ESF). **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 1, p. 15-38, 2020.
- DUTRA, F. C. da S. *et al.* Falhas na administração de imunobiológicos: análise de causa raiz. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. [1-7], 2019.
- FARIA, L. B. de; RIBEIRO, W. C. Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG): Brasil e Colômbia. **Revista Debate Econômico**, v. 5, n. 1, p. 83-97, 2017.
- GADELHA, C. A. G.; TEMPORÃO, J. G. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1891-1902, jun. 2018.
- GIARDINA, T. D. *et al.* Root Cause Analysis Reports Help Identify Common Factors In Delayed Diagnosis And Treatment Of Outpatients. **Health affairs (Project Hope)**, v. 32, n. 8, ago. 2013.
- GRUDTNER, V. *et al.* Multiplicador dos Gastos do Governo em Períodos de Expansão e Recessão: Evidências Empíricas para o Brasil. **Revista Brasileira de Economia**, v. 71, n. 3, p. 321-345, set. 2017.
- LIMA, S. R. de; THOMAZ, J. L. P. Gestão de custos aplicada a serviços de saúde: um estudo na implantação do custeio por absorção nos serviços de tomografia de um hospital do vale do Paranhana no Rio Grande do Sul. **RAGC**, v. 8, n. 37, 11 dez. 2020.
- LOTUFO, M.; MIRANDA, A. S. DE. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde. **Revista de Administração Pública - RAP**, v. 41, n. 6, 2007.
- MACHADO, N. V. de A. R. *et al.* Custeio Baseado em Atividades: o que revelam os estudos brasileiros? **Pensar Contábil**, v. 20, n. 72, 27 set. 2018.
- MOURA, E. A. da C.; RIBEIRO, J. C. Direitos fundamentais sociais, orçamento público e reserva do possível: o dever de progressividade nos gastos públicos. **Revista de Direito Brasileira**, v. 16, n. 7, p. 225, 2017.
- NEDUZIACK, L. C. R. *et al.* Alocação dos gastos públicos e crescimento econômico: um estudo em painel para os estados brasileiros. **Revista de Administração Pública**, v. 51, n. 4, p. 616-632, ago. 2017.
- NUNES, A. O. Intervenção estatal: o papel do Estado na economia. **Revista Argumentum**, v. 11, n. 0, p. 145-159, 11 abr. 2019.
- OLIVEIRA, C. L. de. *et al.* O Orçamento Público no Estado Constitucional Democrático e a Deficiência Crônica na Gestão das Finanças Públicas no Brasil. **Sequência (Florianópolis)**, n. 76, p. 183-212, maio 2017.
- PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020.
- PEERALLY, M. F. *et al.* The problem with root cause analysis. **BMJ Quality & Safety**, v. 26, n. 5, p. 417-422, maio 2017.
- PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. O método de análise de causa raiz para a investigação de eventos adversos. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 5297-5304, 2017.
- POMPERMAYER, C. B. Sistemas de gestão de custos: dificuldades na implantação. **Revista da FAE**, v. 2, n. 3, 2 fev. 2017.
- ROSCHER, L. F. *et al.* Eficiência nos Gastos dos Hospitais: Um Estudo Sobre o Sistema Diagnosis Related Groups (DRG). **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 7, n. 2, p. 157-172, 1 ago. 2018.
- SANTOS, D. de S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 861-870, mar. 2018.
- SANTOS, T. B. S. *et al.* Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde. **Ciência & Saúde**

Coletiva, v. 25, p. 3597-3609, 28 ago. 2020.

Recebido em: 12/07/2020

Aceito em: 03/04/2021

SILVA, K. S. A. E. *et al.* Percepção de trabalhadores sobre indicadores como ferramenta para gestão da qualidade em hematologia. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e8310212203-e8310212203, 6 fev. 2021.

SILVA, K. L. *et al.* A construção da educação permanente no processo de trabalho em saúde no estado de Minas Gerais, Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, 2017.

SILVA, L. de F. *et al.* Vulnerabilidade e riscos de ruptura no abastecimento de materiais e medicamentos na cadeia de suprimento em um hospital público. **Revista Gestão da Produção Operações e Sistemas**, v. 13, n. 2, p. 21, 1 jun. 2018.

SORDI, J. O. D.; SPELTA, A. G. Análise de componentes da tecnologia de Business Process Management System (BPMS) sob a perspectiva de um caso prático. **JISTEM - Journal of Information Systems and Technology Management**, v. 4, n. 1, p. 71-94, 2007.

SOUZA, B. C. C. Gestão da Mudança e da Inovação: Árvore de problemas como ferramenta para avaliação do impacto da mudança. **Revista de Ciências Gerenciais**, v. 14, n. 19, p. 89-106, 16 jul. 2015.

SOUZA, K. R.; KERBAUY, M. T. M. Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. **EDUCAÇÃO E FILOSOFIA**, v. 31, n. 61, p. 21-44, 27 abr. 2017.

SUXBERGER, A. H. G.; LEMOS, R. O orçamento público como instrumento de concretização da dignidade da pessoa humana. **Revista Jurídica da Presidência**, v. 22, n. 126, p. 88-112, 28 maio 2020.

TERRA, J. D. R.; BERSSANETI, F. T. Acreditação hospitalar e seus impactos nas boas práticas em serviços da saúde. **O Mundo da Saúde**, v. 41, n. 1, p. 11-17, 30 mar. 2017.

TRINDADE DA SILVA BARRETO, L. M. *et al.* Temas emergentes em gestão de pessoas: Uma análise da produção acadêmica. **Revista de Administração da Universidade Federal de Santa Maria**, v. 4, n. 2, 2011.

YOSHIMI TANAKA, O.; MAMORU TAMAKI, E. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, 2012.

ZIEMBA, J. B. *et al.* The RCA ReCAst: A Root Cause Analysis Simulation for the Interprofessional Clinical Learning Environment. **Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges**, 16 mar. 2021.