

Sistema de apuração e gestão de custos dos hospitais próprios da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

System of calculation and cost management of the own hospitals of the State Department of Health of Paraná

RESUMO

A pesquisa envolveu um grande desafio da saúde pública no Brasil: o financiamento da saúde frente a um Sistema Único de Saúde com direitos universais e abrangentes e os custos a ele inerentes. Os hospitais públicos de administração direta ou indireta apresentam uma faixa de custos importante no Sistema Único de Saúde, além de apresentarem uma complexidade maior dentro do sistema. O objetivo foi o desenvolvimento de uma metodologia para definir um sistema de apuração e gestão de custos hospitalares aplicados aos Hospitais próprios da Secretaria da Saúde. Trata-se de uma pesquisa-ação com base no levantamento de resultados de pesquisas similares para análise da aplicação do modelo de custeio para organizações hospitalares, bem como a análise empírica das informações existentes em dois hospitais selecionados. A aplicabilidade direta da pesquisa foi estabelecer uma metodologia de sistema de custeio para hospitais públicos do Paraná que pode ser replicada as diferentes unidades a partir de um conjunto de ferramentas disponibilizadas. Assim, o alcance inicial foi relativo ao Sistema Hospitalar Público do Paraná, que compõe 19 hospitais administrados diretamente pelo estado, distribuídos nas 22 regiões de saúde e com diferentes perfis de atendimento. Contudo, este mesmo sistema pode ser replicado para todos os hospitais públicos das diferentes unidades da Federação. Um dos pontos fortes do modelo proposto é o seu potencial de implantação de forma simples e organizada, sem que para isso tenha que se possuir uma grande estrutura funcional ou tecnológica para a sua aplicação.

Palavras-chaves: Sistema de custeio; hospitais públicos; Paraná; Custos hospitalares.

ABSTRACT

The research involved a major public health challenge in Brazil: health financing versus a Single Health System with universal and comprehensive rights and the inherent costs. Public hospitals of direct or indirect administration present an important cost range in the Unified Health System, in addition to presenting a greater complexity within the sys-

Christian Luiz da Silva
Universidade Tecnológica Federal do
Paraná – Curitiba, Paraná, Brasil
Antônio Gonçalves de Oliveira
Universidade Tecnológica Federal do
Paraná – Curitiba, Paraná, Brasil
Márcia B. S. Blanski
Universidade Tecnológica Federal do
Paraná – Curitiba, Paraná, Brasil

Rua Pedro Wobeto 14 Boqueirão Curitiba
Paraná CEP 81670310

Apoio Financeiro:

Agradecemos a Fundação Araucária e ao Ministério da Saúde que apoiam e coordenam o Programa de Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS), pelo apoio financeiro que viabilizou o projeto de pesquisa por meio do Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS - edição 2011; Chamada Pública de Projetos n.º 4/2012).

tem. The objective was the development of an applied methodology for a system of calculation and management of hospital costs applied to the proper Hospitals of the Department of Health. It is an action research based on the survey of similar research results to analyze the application of the model of costing for hospital organizations, as well as the empirical analysis of existing information in two selected hospitals. The direct applicability of the research was to establish a methodology of costing system for public hospitals of Paraná that can be replicated the different units from a set of tools made available. Thus, the initial scope was related to the Public Hospital System of Paraná, which comprises 19 hospitals directly administered by the state, distributed in the 22 health regions and with different service profiles. However, this same system can be replicated to all public hospitals of the different units of the Federation. One of the strengths of the proposed model is its implantation potential in a simple and organized way, without having to have a large functional or technological structure for its application.

Keywords: Costing system; public hospitals; Paraná; Hospital costs.

INTRODUÇÃO

O Estado do Paraná possui uma rede própria de 19 hospitais, sendo 5 com unidades especializadas. Estas especialidades são: geral e tisiologia, hanseníase, infectologia, pediatria, psiquiatria e reabilitação. As Unidades Próprias têm localização estratégica e a função de complementar a Rede Assistencial, bem como contribuir estrategicamente como ponto de atenção das Redes Prioritárias do Governo, absorvendo suas demandas.

A complexidade da gestão dos hospitais envolve uma demanda crescente da população¹. Para compreender melhor os pontos a melhorar neste processo foi realizado em 2011 um Diagnóstico Situacional dos Hospitais Próprios, que indicaram vários pontos críticos e oportunidades de melhoria, como a necessidade de melhor gestão e apuração dos custos para financiamento das atividades públicas dos hospitais próprios e atendimentos aos princípios do SUS². Neste sentido, a questão de pesquisa aplicada era

como melhorar esta gestão dos recursos públicos nos hospitais públicos para atender aos princípios do sistema único de saúde e considerando a complexidade da gestão hospitalar? (MACHADO e HOLANDA, 2006). O objetivo deste artigo foi o desenvolvimento de uma metodologia aplicada para um sistema de apuração e gestão de custos hospitalares aplicados aos Hospitais próprios da Secretaria da Saúde.

Após a análise deste levantamento, foram escolhidos pela SESA dois hospitais para a realização da pesquisa. Os Hospitais estão localizados em Curitiba e em Campo Largo, região metropolitana, sendo um deles com perfil de atendimento geral e outro com perfil de atendimento especializado.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa-ação com análise de pesquisas similares e do modelo de custeio para

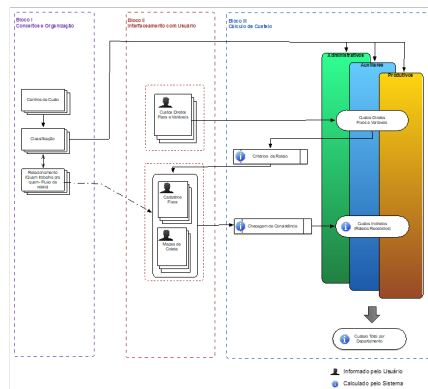
organizações hospitalares, bem como a análise empírica das informações existentes em dois hospitais selecionados³.

A primeira fase compreendeu uma análise prévia das informações existentes e disponíveis em cada hospital. Constatou-se a necessidade da aplicação inicial do custeio por absorção pela própria demanda de organização destes dados e para melhor compreensão dos gastos gerados nestas unidades.

Para tanto na segunda fase da pesquisa se objetivou a definição dos centros de custos, os critérios de relacionamento (quem trabalha pra quem) e os critérios de rateio, culminando na criação de um mapa de custos que norteará o modelo a ser aplicado. Estas etapas estão de: criação do mapa de custos (capacitar para a pesquisa; levantar, analisar e definir a estrutura de centro de custos dos hospitais); classificar os centros de custos em auxiliares, administrativos e produtivos e os métodos e critérios de rateio das unidades de produção para os centros de custos produtivos; identificar os custos diretos e indiretos que são atribuídos aos centros de custos e criar o mapa de custos) e relatório da coleta de dados – mapas de coleta (capacitar para a pesquisa, criar planilhas de coleta de dados para os diversos centro de custos e criar relatório de coleta de dados) – Quadro 1.

Assim, resume-se o modelo de custeio, utilizando-se a metodologia do custeio por absorção pleno, conforme o fluxo propositivo demonstrado na figura 1.

Figura 1 - Fluxo Propositivo para Metodologia de Custeio por Absorção Pleno



Fonte: Elaborado pelos autores.

A partir da criação do fluxo propositivo que compreendeu as etapas de conceituação e interface com o usuário, foram realizadas as atividades para o detalhamento da classificação e critérios necessários para o cálculo de custos, e, assim, a criação do modelo proposto.

QUADRO 1 - FASE DA CRIAÇÃO DO MAPA DE CUSTOS E RELATÓRIOS DE COLETA DE DADOS

CRIAÇÃO DO MAPA DE CUSTOS	Capacitar para a pesquisa - referencial bibliográfico.
	Levantar, analisar e definir a estrutura de centro de custos dos hospitais.
	Classificar os centros de custos em auxiliares, administrativos e produtivos e os métodos e critérios de rateio das unidades de produção para os CC produtivos.
	Identificar os Custos Diretos e Indiretos que são atribuídos aos CC (classificação dos tipos de gastos).
	Criar o Mapa de Custos.
RELATÓRIOS DE COLETA DE DADOS (MAPAS DE COLETA)	Capacitar para a pesquisa - referencial bibliográfico.
	Criar planilhas de coleta de dados pelos diversos CC.
	Criar Relatório de Coleta de Dados

Fonte: Elaborado pelos autor.

ABRANGÊNCIA DO ESTUDO E POPULAÇÃO ALVO

O Estado do Paraná possui uma rede própria de 19 hospitais, que apresentam o seguinte perfil assistencial: 11 gerais e 5 com unidades especializadas. Estas especialidades são: geral e tisiologia, hanseníase, infectologia, pediatria, psiquiatria e reabilitação. As Unidades Próprias têm localização estratégica e a função de complementar a Rede Assistencial, bem como contribuir estrategicamente como ponto de atenção das Redes Prioritárias do Governo, absorvendo suas demandas⁴.

De acordo com o perfil de atendimento e a distribuição geográfica, os hospitais tem sua abrangência definida em atendimento local, regional ou estadual, dentre as 22 regiões de saúde do Estado (figura 2), complementando a rede assistencial credenciada e contribuindo estrategicamente como ponto de atenção das redes prioritárias do governo, absorvendo suas demandas.

RESULTADOS

O fato da pesquisa ação se desenvolver em dois hospitais da rede de hospitais públicos estaduais foi um fator importante para a classificação dos critérios utilizados em todas as etapas do processo de pesquisa. Este conhecimento da realidade vivenciada nos hospitais com relação a utilização de métodos de custeio foi possível por intermédio do questionário realizado entre os gestores dos 19 hospitais estaduais.

Posteriormente, na análise da disponibilidade e do fluxo das informações econômico-financeiras das duas instituições selecionadas, já na fase inicial da pesquisa-ação, verificou-se que o custeio por absorção pleno poderia atender grande parte da necessidade gerencial diante de informações de custos de forma departamental, significando um avanço nos instrumentos gerenciais das duas instituições.

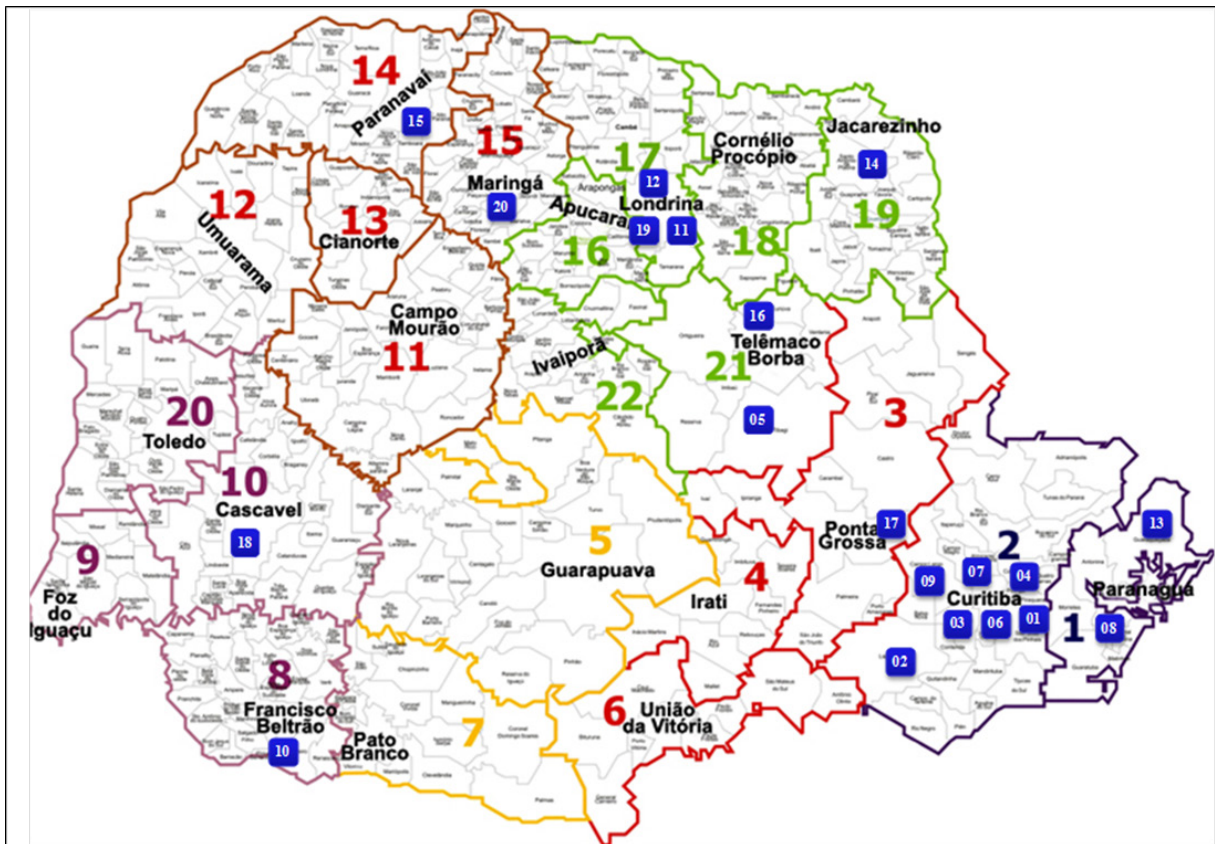


Figura 2 - Hospitais Estaduais - Distribuição Geográfica

Todas as etapas da pesquisa-ação, desde a classificação dos centros de custos, os critérios de rateio e a forma de coleta das informações foram amplamente discutida perante as possibilidades da realidade existente em cada hospital, uma vez que há carência de um sistema informatizado de gestão, integrado entre as áreas e que contemple todas as necessidades do hospital, principalmente as questões relacionadas aos aspectos administrativos-financeiros⁵.

A movimentação dos centros de custos auxiliares para os centros de custos produtivos está relacionada no quadro 2. Os centros de custos do Almoxarifado geral, Brinquedoteca, Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização (SAREH), Centro de Material Esterilizado, Nutrição Geral, Farmácia, Manutenção, Ambulância, Engenharia Clínica, Morgue, Lavanderia, Higienização, Resíduos e Serviço Social terão seus custos movimentados para

todos os centros de custos produtivos. O centro de custo Casa de Apoio terá seus custos movimentados para os setores produtivos que apresentam internação de pacientes, pois é uma casa destinada aos acompanhantes de pacientes internados. Da mesma forma, a Nutrição Geral/Copa, Lactário e SAME terão seus custos movimentados para os centros de custos produtivos que apresentam internação de pacientes, devido à natureza de suas atividades. Já a Recepção do PS, terá seus custos movimentado para os centros de custos PS/PA e PS/Maternidade e a Recepção do Ambulatório movimentará para o centro de custo do Ambulatório. O SECOP que é um centro de custo relacionado a órteses e próteses, tem seus custos movimentados para o centro Cirúrgico Geral e Centro Cirúrgico Eletivo⁶.

Centros de Custos	PRODUTIVOS (ASSISTÊNCIA)																						
	Agência Transfusional	Almoxarifado Geral	Brinquedoteca	SAREH (atendimento escolar)	Casa de Apoio	Centro de Materiais Esterilizados	Nutrição Geral/Copa	Nutrição Geral/Cozinha	Lactário	Farmácia	Manutenção	SAME	Recepção PS	Lavanderia	Serviço Social	SECOP	Higienização	Resíduos	Recepção Ambulatorial	Ambulância	Engenharia Clínica	Morgue	
Ambulatório	x	x	x	x		x		x		x				x	x		x			x	x	x	x
Centro Cirúrgico Geral	x	x	x	x		x		x		x				x	x		x			x	x	x	x
Centro Cirúrgico Eletivo	x	x	x	x		x		x		x				x	x		x			x	x	x	x
Centro Cirúrgico Obstétrico	x	x	x	x		x		x		x				x	x		x			x	x	x	x
Raio X	x	x	x	x		x		x		x				x	x		x			x	x	x	x
Tomografia	x	x	x	x		x		x		x				x	x		x			x	x	x	x
Ultrassonografia	x	x	x	x		x		x		x				x	x		x			x	x	x	x
Ressonância Magnética	x	x	x	x		x		x		x				x	x		x			x	x	x	x
Endoscopia	x	x	x	x		x		x		x				x	x		x			x	x	x	x
Colonoscopia	x	x	x	x		x		x		x				x	x		x			x	x	x	x
Broncoscopia	x	x	x	x		x		x		x				x	x		x			x	x	x	x
Eletroencefaló	x	x	x	x		x		x		x				x	x		x			x	x	x	x
Eletroencefaló	x	x	x	x		x		x		x				x	x		x			x	x	x	x
Eletroencefaló	x	x	x	x		x		x		x				x	x		x			x	x	x	x
Lab. Análises Clínicas	x	x	x	x		x		x		x				x	x		x			x	x	x	x
Lab. Anatomia Patológica	x	x	x	x		x		x		x				x	x		x			x	x	x	x
Nutrição Clínica	x	x	x	x		x		x		x				x	x		x			x	x	x	x
U.I – Posto 1	x	x	x	x		x		x		x				x	x		x			x	x	x	x
U.I – Posto 2	x	x	x	x		x		x		x				x	x		x			x	x	x	x
U.I – Posto 3	x	x	x	x		x		x		x				x	x		x			x	x	x	x
U.I – Posto 4	x	x	x	x		x		x		x				x	x		x			x	x	x	x
U.I – Posto 5	x	x	x	x		x		x		x				x	x		x			x	x	x	x

continua

Centros de Custos	PRODUTIVOS																																																																																																																																																																																																																																																																															
	U.I – Posto 6	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	U.I – Posto 7	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	U.I – Posto 8	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	U.I – Posto 9	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Fisioterapia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Fonoaudiologia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Terapia Ocupacional	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	PS/PA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	PS Maternidade	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Psicologia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	UCIN (cuidados intermediários)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	USI (unidade semi-intensiva)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	UTI Geral	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	UTI Neonatal	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	UTI Pediátrica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	UST	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																
Almoxarifado Geral													Brinquedoteca													SAREH (atendimento escolar)													Casa de Apoio													Centro de Materiais Esterilizados													Nutrição Geral/Copa													Nutrição Geral/Cozinha													Lactário													Farmácia													Manutenção													SAME													Recepção PS													Lavanderia													Serviço Social													SECOP													Higienização													Resíduos													Recepção Ambulatorial													Ambulância													Engenharia Clínica													Morgue												

conclusão

Quadro 2 - Relacionamento entre os Centros de Custos Auxiliares e Produtivos
 Fonte: BLANSKI, SIL VA e OLIVEIRA, 2015.

A definição do relacionamento entre os centros de custos foi uma etapa de suma importância para a estruturação do trabalho de custos, tendo em vista a departamentalização utilizada na metodologia de custeio por absorção, fazendo-se necessário identificar a movimentação dos custos entre os centros de custos para a realização dos rateios, que podem ser realizados de forma sequencial, até chegar na composição dos custos dos centros de custos produtivos.

Após essa definição, foram estabelecidos os critérios de rateio que serão utilizados para a movimentação

dos custos entre os centros de custos. Estabeleceu-se a premissa que os centros de custos auxiliares/administrativos que forem rateados a partir da definição dos percentuais fixos estabelecidos nos critérios de rateio não terão este percentual alterado até o final de cada período anual, salvo implementação ou exclusão de centros de custos (setores/serviços) produtivos.

Considerando-se essa premissa foi realizada a definição dos critérios de rateio dos centros de custos auxiliares e administrativos, conforme o quadro 3.

QUADRO 3- CRITÉRIOS DE RATEIO DOS CENTROS DE CUSTOS AUXILIARES E PRODUTIVOS

Centros de Custos	Crítérios de Rateio
Auxiliares	
Almoxarifado Geral	N.º de itens movimentados
Brinquedoteca	% fixo de horas trabalhadas por setor
SAREH (atendimento escolar)	% fixo de horas trabalhadas por setor
Casa de Apoio	% fixo por unidade de internação
Centro de Materiais Esterilizados	% fixo por setor produtivo
Nutrição Geral/Copa	N.º de refeições por setor/peso-quadro total (ativos-inativos) funcionário setor paciente = n.º refeições/setor
Nutrição Geral/Cozinha	N.º de refeições por setor/peso-quadro total (ativos-inativos) funcionário setor paciente = n.º refeições/setor
Lactário	N.º dietas/tipo
Farmácia	N.º de prescrições por setor
Manutenção	N.º de requisições
NCIH	100% da administração geral
Centro Estudos/Pesquisa	100% da administração geral
NUIAS	100% da administração geral
SAME	N.º de solicitações
Recepção PS	100% para o OS
Recepção Ambulatorial	100% para o Ambulatório
conclusão	
Centros de Custos	Crítérios de Rateio
Lavanderia	Kg roupa lavada
Rouparia	100% lavanderia
Costura	100% lavanderia
Resíduos	Kg lixo /criação percentual fixo por setor
Higienização	m2/tipo referência
Serviço Social	% fixo de horas trabalhadas por setor
SECOP	100% centro cirúrgico
Ouvidoria/SAC	100% administração geral
Ambulância	Km rodado por setor

Continua

Conclusão

Engenharia Clínica	N.º de requisições/ordem de serviço
Morgue	Total de óbitos por setor produtivo
Administrativos	
Apoio Administrativo/Secretaria Geral/ NCIH	100% administração geral
Compras	100% administração geral
Financeiro	100% administração geral
Faturamento	% fixo por setor produtivo
Recepções Administrativas	100% administração geral
Recursos Humanos	100% administração geral
Comunicação	100% administração geral
Patrimônio	100% administração geral
Vigilância	100% administração geral
Telefonia	100% administração geral
Reprografia	100% administração geral
SESMT	100% administração geral
Capelania	100% administração geral
Transporte	100% administração geral
Voluntariado	100% administração geral
Administração geral/Diretorias/ Gerências/ Chefias	Percentual com base no n.º de funcionários de cada setor

Fonte: Blanski, Silva e Oliveira (2015)

Observa-se que nos centros de custos administrativos foi utilizado o critério de rateio de percentual fixo de 100% para o centro de custo da administração geral como principal critério de rateio, tendo em vista que se chegou à conclusão de que esses centros de custos terão seus custos distribuídos pelo número de funcionários de cada centro de custo.

DISCUSSÃO

Dentre as potencialidades advindas da aplicação do modelo pode-se destacar: i) a geração de informações de custos como ferramenta de auxílio nos processos de decisão para o nível gerencial e estratégico; ii) a otimização de recursos e a possibilidade de atendimento de um número maior de pessoas; iii) o benchmarking com outras instituições de saúde que utilizam da metodologia de custos; iv) a decisão de se optar por serviço próprio ou terceirizar serviços com finalidade meio; v) a análise de custo-benefício com a implantação de novos produtos, novas técnicas, novos equipamentos; vi) integração dos trabalhos que são desenvolvidos nos diversos setores e a troca de informações.

Assim, o desenvolvimento do trabalho permitiu respostas a questão norteadora do estudo de qual a contribuição de um modelo de custeio para a gover-

nança pública nas unidades hospitalares próprias do Estado do Paraná, pois, são inúmeros os benefícios que podem advir da informação de custos, mas é inquestionável que o resultado final deve se desdobrar no aperfeiçoamento da assistência ao paciente, este que deveria ser o principal objetivo de todas as instituições de saúde⁷.

O modelo aqui proposto é factível e pode ser aplicado em organizações hospitalares, tendo em vista que partiu de um estudo empírico, sendo necessária a adaptação para as características de cada instituição. Comparado com outros modelos, este envolve a particularização da realidade dos diferentes hospitais a partir da sua organização por centros auxiliares, administrativos e produtivos, assim como por critérios de rateio próprios.

CONCLUSÃO

Demonstrou-se com esta pesquisa que é viável e necessário implantar um sistema de custeio em hospitais públicos. A proposição do modelo, a partir de uma pesquisa ação e que pode ser apropriado a realidade de todos os hospitais públicos do Estado do Paraná com facilidade e rapidez, mostrou o impacto de curto prazo possível com este projeto e a extensão que o mesmo pode ter. Tal alcance

foi potencializado com os produtos gerados: um livro com a descrição e detalhamento do método; e um conjunto de planilhas que conformam a metodologia aplicada.

Com relação as interações com o setor de saúde e as estratégias para incorporação dos resultados no SUS, nota-se que este ponto foi fundamental e a implementação depende da ação estratégica da Secretaria de Estado da Saúde e dos respectivos hospitais públicos. A metodologia foi estruturada para se adaptar a todos as realidades dos hospitais sob gestão desta Secretaria, apesar de ser aplicada em apenas 2 hospitais, como previsto no projeto.

Contudo, a aplicação do modelo pode ter fatores limitantes como: i) a falta de pessoal especializado; ii) a inexistência de um sistema integrado de gestão; iii) a inexistência de informações contábeis; iv) a falta de

uma cultura organizacional para controle de custos nas instituições públicas; v) a falta de uma política que dê sustentação para a implantação do modelo.

A relevância desta pesquisa não está na criação de uma ferramenta inédita, tendo em vista que muitos hospitais brasileiros, essencialmente privados, se utilizam da metodologia de custos na gestão, mas sim, no modelo criado empiricamente na pesquisa-ação como forma de fomentar as questões atinentes ao controle e gerenciamento de custos em hospitais públicos.

Um dos pontos fortes do modelo é o seu potencial de implantação de forma simples e organizada, sem que para isso tenha que se possuir uma grande estrutura funcional ou tecnológica para a sua aplicação.

REFERÊNCIAS

1. Blanski MBS, Silva CL, Oliveira AG. Sistema de Custeio na Gestão Hospitalar. Curitiba: Editora da UTFPR; 2015.
2. Blanski MBS, Silva CL. Política Pública e Gestão de Custeio na Saúde: Um olhar sobre as práticas de gestão dos Hospitais Públicos Estaduais do Paraná. In: Anais do 2º Seminário Nacional de Planejamento e Desenvolvimento [Internet]. 2014 [capturado 2015 Fev. 20]. Disponível em: snpd.faed.udesc.br
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Indicadores [Internet]. [capturado 2015 Jan. 25]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/6092-indicadores>
4. Falk JA. Gestão de custos para hospitais. São Paulo: Atlas; 2001.
5. Lopes SD. Gestão de custos hospitalares: os principais sistemas de custos utilizados em instituições de saúde. *Maiêutica-Gestão*. 2013;1(1):15-20.
6. Machado N, Holanda VB. Diretrizes e modelo conceitual de custos para o Setor Público a partir da experiência no governo federal do Brasil. *Revista de Administração Pública*. 2006;40(3):479-99.
7. Mânica FB. O setor privado nos serviços públicos de saúde. Belo Horizonte: Fórum; 2010.
8. Martins D. Custos e orçamentos hospitalares. São Paulo: Atlas; 2000.
9. Martins VF. Desenvolvimento de modelo de resultados em serviços hospitalares com base na comparação entre receitas e custos das atividades associadas aos serviços. [dissertação]. Florianópolis: UFSC; 2012.

10. Matos AJ. Gestão de custos hospitalares. São Paulo: STS; 2005.
11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ªed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2011.
12. Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007;12(4):825-39. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400002>
13. Oliveira AG, Silva CL, Blanski MBS. Gestão de Custos como Instrumento de Governança Pública. In: Anais do XIV Congresso Internacional de Custos da Universidade de Antioquia em Medellín. 2015.
14. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. 2011. [capturado 2014 Jul. 30]. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Sistema%20de%20sa%C3%BAde_Celia%20Almeida_2011.pdf
15. Paraná. Lei n.º 15.524, de 5 de junho de 2007. Institui o Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Estadual, conforme especifica, e adota outras providências. *Diário Oficial*, Curitiba, PR, n. 74.860, 5 jun. 2007.
16. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Programa HOSPSUS [Internet]. [capturado 2013 Dez. 1]. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2802>
17. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Mapa Estratégico [Internet]. [capturado 2014 Mar. 5]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/MapaA4.pdf>
18. Perez Junior JH, Oliveira LM, Costa RG. Gestão estratégica de custos. 2ªed. São Paulo: Atlas; 2001.
19. Raimundini SL, Souza AA, Botelho EM, Struett MAM, Reis LG. Aplicabilidade do custeio baseado em atividades: comparação entre hospital público e privado. *Contabilidade Vista & Revista*. 2009;16(3):27-40. [capturado 2013 Set. 20]. Disponível em: <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/contabilidadevistaerevista/issue/view/43>.
20. Silva CL, Bassi NSS. Políticas públicas e desenvolvimento local. In: Silva CL, organizador. Políticas públicas e desenvolvimento local: instrumentos e proposições de análise para o Brasil. 1ªed. Petrópolis: Vozes; 2012. p.15-38.
21. Silva CL, Rotta CV. O dilema da universalidade e financiamento público do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Textos & Contextos*. 2012;11(2):333-45.
22. Silva CL, Bassi NSS. Planejamento Estratégico e Priorização De Projetos em uma Instituição Pública de Saúde: O Caso da Fiocruz-PR. *Textos & Contextos*. 2013;12(1): 85-99.
23. Silva CL. A intersetorialidade da política pública: limites e potencialidades para administração pública. In: Instituto Municipal de Administração Pública, organizador. Estado, Planejamento e Administração Pública no Brasil. 1ªed. Curitiba: IMAP; 2013. p. 95-110.
24. Vasconcelos MC, Silva CL. Governança pública, accountability e legislativo municipal: um estudo sobre a atuação dos vereadores da cidade de Curitiba no período de 2008 a 2011. In: Nilzo Ivo Ladwig, Rogério Santos da Costa, organizador. Debates Interdisciplinares IV. 1ªed. Palhoça: Unisul; 2013. p. 139-60.
25. Vasconcelos MC, Silva CL. Legislativo municipal: uma análise dos projetos de lei ordinária na área da saúde na cidade de Curitiba durante 2008-2011. In: Anais do 2º Seminário Nacional de Planejamento e Desenvolvimento [Internet]. 2014 [capturado 2015 Fev. 20]. Disponível em: snpd.faed.udesc.br
26. Souza C. Intermediação de interesses regionais no Brasil: o impacto do federalismo e da descentralização. *Dados*. 1998;41(3). <http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52581998000300003>
27. Temporão JG. Para onde vai o SUS? 2ªed. Brasília: CONASS; 2014.
28. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18ªed. São Paulo: Cortez; 2011.
29. Viana ALA, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2317-26. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500007>