



São Paulo, 21 a 23 de Julho de 2014

**Novas Perspectivas
na Pesquisa Contábil**

O Processo de Tomada de Decisão de Gestores Hospitalares

MARCOS PUCCI

Universidade Presbiteriana Mackenzie

ANA MARIA ROUX VALENTINI COELHO CESAR

Universidade Presbiteriana Mackenzie

O Processo de Tomada de Decisão de Gestores Hospitalares

RESUMO

A busca de maximização do processo de tomada de decisão econômica na área de saúde envolve a compreensão da forma como profissionais dessa área decidem, tendo em vista que muitos não têm formação na área de gestão. Este estudo tem como objetivo: Identificar o modelo de decisão (racional ou por expertise) adotado por gestores de hospitais quando esses decidem sobre o nível de metas orçamentárias em suas áreas de atuação. Como referencial teórico adotou-se a análise de modelos econômicos clássicos para decisão bem como modelos cognitivos relacionados ao processamento da informação para decisão. Adotou-se uma abordagem quantitativa, utilizando-se questionário sobre decisão desenvolvido em estudos sobre o tema, sendo os mesmos enviados por meio eletrônico para centenas de gestores hospitalares de todo o estado de São Paulo, obtendo-se uma amostra de 74 respondentes. Os dados foram analisados com estatística descritiva e multivariada (SEM – método PLS). Os resultados apontam pronunciada influência sócio-afetiva sobre a decisão racional, especialmente a influência do medo sobre os resultados da decisão tomada. Os resultados sugerem a potencialidade para o desenvolvimento de ferramentas de apoio à decisão que considerem o que se denominou de custo de oportunidade sócioafetivo.

Palavras Chaves: 1. Tomada de decisão. 2. Orçamento. 3. Setor de Saúde. 4. *Survey*

1 INTRODUÇÃO

As organizações hospitalares têm o desafio de buscar projetos consistentes e integrados que possam maximizar resultados e evitar desperdícios de recursos próprios ou governamentais, frequentemente escassos. Todavia, também precisam maximizar o bem estar coletivo e gerar uma imagem pública de alta reputação em termos de competência técnica, seriedade nos procedimentos e humanização no relacionamento com seus pacientes e famílias que, na maioria das vezes, encontram-se em situações de fragilidade física ou psicológica. Afinal, hospitais estão diretamente associados à imagem de preservação da vida.

Analisando o Setor da Saúde no Brasil, dados de 2006 mostram que os hospitais absorviam 67% do total das despesas públicas em saúde (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2008). Analisando-se estatísticas publicadas em 2008 pela Federação Brasileira de Hospitais – FBH (relatório de 2011) observa-se que os gastos totais em saúde no exercício de 2008 corresponderam a 8,4% do Produto Interno Bruto (PIB), sendo 3,7% (R\$ 106 bilhões) do setor público, e 4,7% (R\$ 137 bilhões) do setor privado. De acordo com o Ministério do Planejamento da União, o montante total dos recursos previstos para o Setor de Saúde em 2012 foi de R\$ 79,5 bilhões. Apesar do montante aplicado no setor de saúde, dados do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD, constataram que a ausência de informações administrativas básicas e confiáveis sobre a qualidade, a eficiência e os custos dos serviços hospitalares prejudica os esforços no sentido de melhorar o desempenho do setor. De acordo com esse critério, o estudo do BIRD aponta que os hospitais brasileiros públicos e particulares não atendem a esses quesitos de forma satisfatória. Em outro estudo de 2008, promovido pelo Banco Mundial (LA FORGIAe COUTTOLENC, 2008), foi apontado que a rede de hospitais do país era ineficiente e gastava mal os recursos disponíveis, encarecendo os custos hospitalares. Os especialistas desse banco propunham profundas reformas para o

sistema de saúde no Brasil. Outro dado apontado nesse relatório do Banco Mundial era o fato que, dos 7.426 hospitais brasileiros disponíveis à época, apenas 56 tinham selo de qualidade. Apesar desses dados, de acordo com La Forgia e Couttolenc (2009) o Setor de Saúde brasileiro vem tendo avanços significativos, apesar dos enormes desafios. A população brasileira cresce e se torna mais idosa, mais urbana e também mais consciente dos seus direitos relativos à saúde. Taxas crescentes de doenças crônico-degenerativas e de violência, além de níveis ainda elevados de doenças infecciosas, afetam desigualmente os vários segmentos sociais do país. Trata-se de um cenário que mostra como o custo social devido à má gestão dos hospitais é inegavelmente significativo (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2008).

Quanto ao gestor da área de saúde, estudo feito por Fitzgerald (1994) há quase vinte anos, já mostrava existir uma preocupação com relação ao duplo papel do profissional de saúde, ou seja, o médico que exerce ao mesmo tempo o papel de médico (técnico) e o de gestor (administrativo). Segundo Fitzgerald essa dupla atuação poderia ser uma ameaça porque as mudanças de cenário no contexto do Setor da Saúde são frequentes e os médicos podem não acompanhar essa evolução. Na mesma época, Balderson e MacFadyen (1994) sugeriam um programa de capacitação adaptado para cada cenário e instituição, na perspectiva de preparar médicos para o desafio de atuarem em papéis de gestores. A proposta tinha como foco a aproximação das áreas administrativas às áreas técnicas da medicina, facilitando o processo decisório dos médicos em temas com os quais não estivessem familiarizados. Na mesma linha, Willcocks (1994) estudou o comportamento de diretores clínicos. O autor sugeriu que o motivo da atuação ambivalente dos médicos que estão nesses cargos era o fato de médicos-diretores serem vistos como parte de um processo social e político, em que a comunicação, bem como a capacidade de identificar pontos de comunicação, eram fatores determinantes para a eficácia de atuação desses médicos diretores. Além disso, de acordo com estudo realizado por Perroca (1997), os gestores do Setor de Saúde podem ser mais influenciados por variáveis que os induzam a uma abordagem menos analítica com relação às questões orçamentárias. Isso significa que médicos nessa situação de duplo papel estão mais propensos aos vieses de decisão do que estão os gestores treinados especificamente para decisões econômicas e/ou administrativas.

Analisar o processo de tomada de decisão orçamentária de gestores hospitalares (de hospitais particulares) reveste-se de um caráter estratégico porque a acurácia ou não de suas decisões pode definir a sobrevivência de um hospital, com grande impacto para a comunidade. Há cadeias de hospitais que trabalham com capital oriundo de fundos de investimento e, nesses casos, o compromisso dos gestores geralmente é com o resultado do investidor na bolsa de valores. Assim, os gestores precisam cuidar dos aspectos econômicos, o que é especialmente crítico quando médicos ocupam posições de gestão; médicos são profissionais extremamente técnicos nas suas áreas de conhecimento, mas não em temas econômico-financeiros. Geralmente têm pouco conhecimento de governança corporativa, valores e liderança, o que pode atrapalhar sua atuação relacionada à alocação dos recursos (BURITI, 2012). Apesar de serem empresas privadas, hospitais particulares recebem recursos governamentais, vez que também têm como objetivo atender um público que não tem acesso a planos de saúde ou outros mecanismos que possam garantir pagamento pelos serviços que os hospitais prestam. Instituições privadas caracterizadas como filantrópicas (como é o caso das Santas Casas de Misericórdia) frequentemente têm problemas relacionados ao *gap* entre serviços prestados e os repasses de recursos pelo governo (REVISTA FH, 2012). Isso mostra a importância da otimização da decisão econômica nesse ambiente de recursos escassos. Perroca (1997), analisando profissionais de enfermagem, nas situações de emergência, as

decisões que predominam são as muito rápidas, baseadas na experiência profissional do sujeito. Tratam-se de decisões frequentemente apontadas como sendo baseadas na “intuição” e sujeitas a vieses de decisão. Considera-se que a compreensão do processo decisório adotado por gestores da área de saúde ao tomarem decisões relacionadas a metas orçamentárias pode contribuir para a alocação de recursos frequentemente escassos. Com base nesse pressuposto, tem-se como objetivo deste estudo: **Identificar o modelo de decisão (racional ou por expertise) adotado por gestores de hospitais quando esses decidem sobre o nível de metas orçamentárias em suas áreas de atuação.** Considera-se que o resultado da pesquisa possa servir para desenvolver técnicas e ferramentas apropriadas para aperfeiçoar o processo decisório no Setor de Saúde, especialmente no tocante à preparação da informação para a decisão, cumprindo-se o objetivo básico da informação contábil.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Em cenários competitivos a busca por ferramentas que visem melhorar o desempenho das organizações é cada vez mais importante. Dentre inúmeras oportunidades de melhorias, observa-se a chance de se aumentar o nível de acerto das decisões relacionadas aos processos orçamentários nas empresas evitando que os recursos sejam planejados e subutilizados na prática. Apresenta-se a seguir o processo de decisão analisado sob as perspectivas econômica e cognitiva.

Perspectiva econômica para decisão

Os primeiros modelos econômicos de decisão eram normativas; faziam predições de decisão com base em pressupostos relacionados à ordenação de alternativas, dominância, cancelamento, transitividade, continuidade e invariância (PLOUS, 1993). Embora modelos dessa natureza sejam úteis para decisões em ambientes controlados, sabe-se que as decisões não ocorrem dessa forma, e que a racionalidade por eles proposta é, na prática, limitada (SIMON, 1955). À medida que os axiomas dessas teorias de decisão foram sendo violados, surgiram estudos que foram englobados como sendo modelos descritivos de decisão que se baseavam na forma como a decisão é, de fato, tomada. Simon (1955) foi o precursor dos estudos dessa natureza; aponta que não há um “homem econômico”. Simon critica os modelos racionais de tomada de decisão alegando que os mesmos requerem que exista um conjunto de alternativas para decisão, que o tomador de decisão conheça essas alternativas, que tenha capacidade de analisar o que poderá ocorrer se uma das alternativas for escolhida, que calcule o valor ou a utilidade esperada para cada uma das alternativas e que ainda tenha informações sobre a probabilidade de um resultado ocorrer se uma determinada alternativa for escolhida. Segundo Simon (1955), isso não ocorre nas decisões tomadas diariamente, principalmente quando estas envolvem fatores complexos (SIMON, 1955). Simon propõe mudar o foco de análise, considerando que as pessoas buscam satisfação e não otimização quando tomam decisões (SIMON, 1955).

Outra teoria econômica importante, dentro dos modelos descritivos, é a Teoria do Prospecto (*Prospect Theory*), desenvolvida por Kahneman e Tversky (1979). Essa teoria difere da teoria da Utilidade Esperada em vários aspectos: substitui a noção de utilidade por valor (definido como ganho ou perda) e postula que a função de valor para ganho é diferente da função de valor para perda (PLOUS, 1995); prediz o efeito da certeza, mostrando que pessoas atribuem maior peso a resultados certos do que a resultados que são apenas prováveis; apresenta o efeito reflexivo, no qual postula que o reverso dos prospectos reverte a ordem de preferência, com a certeza aumentando a aversão à perda e o desejo de ganhos; discute o

efeito de isolamento, no qual as pessoas deixam de lado os aspectos que são compartilhados por diferentes resultados, focando nos componentes que os distinguem (KAHNEMAN & TVERSKY, 1979). Estudos posteriores a Kahneman e Tversky (1979) mostram outras facetas do processo de decisão. Por exemplo, as pessoas avaliam as alternativas em relação a um ponto de referência. Entretanto, muitas vezes as pessoas imaginam o que teria acontecido se tivessem feito uma escolha diferente. Neste caso o ponto de referência é imaginário e está relacionado a eventos hipotéticos. Esta observação é a base do que se chamou a Teoria do Arrependimento, que se apoia em dois pressupostos: as pessoas sentem arrependimento; em tomada de decisão sob incerteza as pessoas tentam antecipar essas sensações, de uma forma semelhante à aversão a risco apresentada na Teoria do Prospecto (PLOUS, 1995).

Perspectiva cognitiva para decisão

A Psicologia cognitiva clássica apresenta o modelo linear de tomada de decisão com vários passos (PENNING, GARCIA e HENDRIX, 2005), a saber: 1) Transmissão do Estímulo; nessa fase o estímulo é captado de um espaço multidimensional e lhe é atribuído sentido. 2) A segunda fase, o Processamento Cognitivo Dinâmico, quando utilizando mecanismos de memória o sujeito analisa as possibilidades de resposta, calculando os cursos de ação disponíveis e os resultados que podem ser obtidos caso se opte por esses cursos de ação; 3) A Decisão propriamente dita; nesse momento o sujeito escolhe a alternativa que assumirá. Esse processo de transmissão da informação (da captação do estímulo à decisão) não é tão simples quanto a linearidade faça supor. Envolve mecanismos de aprendizagem prévia, de memória (implícita ou declarativa) e de aspectos afetivos importantes, como motivação para decisão. Esses aspectos é o que Pennings, Garcia e Hendrix (2005) denominam genericamente de passo Intuitivo, que pode fazer com que o sujeito escolha uma alternativa que não seria considerada a decisão do ponto ótimo. A repetição da decisão gera aprendizagem de regras implícitas (regras que o sujeito aprende mas das quais não tem consciência) ou aprendizagem por associação de padrões ambientais a respostas bem sucedidas. Isso faz com que o decisor saiba qual é o ponto ótimo de decisão tão logo identifique um padrão ambiental. Na prática, quando isso ocorre, a pessoa diz que decidiu com base em seu *feeling*.

O modelo linear pode ser estendido para um modelo bi-dimensional, formado por dois eixos que se entrecruzam: 1) Eixo das dimensões que afetam a decisão, que tem em um extremo a dimensão cognitiva e em outro, a dimensão afetiva; 2) Eixo da forma como o processamento da informação ocorre, tendo em um extremo o processamento controlado e em outro, o processamento automático (CESAR, VIDAL, PEREZ e CODA, 2009). Esse modelo se baseia em estudos da área de neurociência cognitiva que descrevem de forma mais detalhada o funcionamento cerebral durante a decisão e em modelo desenvolvido em estudos de neuroeconomia (CAMERER, LOWENSTEIN e PRELEC, 2005). Decisões controladas são aquelas que ocorrem com os processamentos da informação invocados deliberadamente pelo tomador de decisão quando surge um desafio. São frequentemente associadas a uma sensação subjetiva de esforço. Utilizam métodos, lógica e computações para resolver os problemas. Por exemplo: A resolução de um problema matemático ou a escolha de um emprego, carro ou apartamento. Decisões automáticas são aquelas que ocorrem com os processamentos automáticos da informação. Esses processamentos são opostos aos controlados em cada um dos seus dois domínios (cognitivo ou afetivo), que operam em paralelo. Não são acessíveis à consciência e por isso foram considerados como parte da caixa preta da decisão. São relativamente simples e os seus processamentos paralelos facilitam respostas rápidas. Essa característica de multitarefa dá notável poder ao cérebro quando se trata de identificação

visual, por exemplo. Esse paralelismo também oferece redundância (mecanismos de *back-up*) que reduzem a vulnerabilidade do cérebro em casos de lesões (CAMERER; LOWENSTEIN; PRELEC, 2005). Por exemplo: a percepção de um rosto como atraente ou de uma frase como sarcástica podem ser processadas sem esforço. Só se o sujeito tentar avaliar porque julgou “atraente” ou “sarcástica”, é que o processamento controlado entra em ação para analisar os porquês de forma lógica. Em relação aos domínios, o domínio afetivo engloba não apenas as emoções (como raiva, medo e ciúme) mas também os estados impulsionadores de ação (como fome, sede e desejo sexual) e os estados motivacionais (tais como as valências motivacionais) (CAMERER; LOWENSTEIN; PRELEC, 2005). Esse domínio é o responsável por responder a questões do tipo “vou” ou “ não vou”. O domínio cognitivo, em contraste com o afetivo, é o responsável por responder a questões do tipo “verdadeiro” ou “falso” (CAMERER; LOWENSTEIN; PRELEC, 2005). O risco é um dos fatores socio-afetivos que influenciam a decisão. Pessoas podem ser conservadores evitando riscos elevados com medo do resultado de suas decisões. Em termos de decisões orçamentárias isso pode levar a condutas saudáveis para a organização, mas também podem impedir a inovação. Outro fator socio-afetivo é a consideração que as pessoas fazem do que pode acontecer consigo ou com os envolvidos com a decisão como decorrência do que foi decidido. Além disso, pessoas são influenciados por seu grupo, que por vezes as pressiona para decidir em alguma direção, mesmo que esta seja diferente da escolhida pelo decisor.

Sistemas de controle gerencial

Sistemas de Controle Gerencial fazem parte do Sistema de Informações Contábeis (PADOVEZE, 2000; RICCIO, 1989). Embora as informações sejam coletadas e disponibilizadas em um ambiente ditado pelo comportamento organizacional, elas são mediadas pelo comportamento humano . Assim, a eficácia do uso das informações geradas por esses sistemas depende da forma como as pessoas reagem às informações que lhes são apresentadas (ANTHONY e GOVINDARAJAN, 2008). Embora não sejam regulamentados por normas, esses sistemas são propostos dentro de certas regras de modo que cumpram seu papel de fornecer informações para que os gestores possam tomar decisões mais objetivas e mais acuradas. Contudo, as informações disponibilizadas ainda exigem interpretações por parte dos tomadores de decisão e de interações entre pessoas e grupos para se chegar às decisões, o que compromete a racionalidade da decisão final.

O foco deste estudo está no Orçamento, que faz parte dos Sistemas de Controle Gerencial (SCG); esses sistemas, enquanto apoio à decisão, buscam garantir que as estratégias definidas sejam implementadas (FREZATTI, ROCHA, NASCIMENTO e JUNQUEIRA, 2009); para tal, promovem o alinhamento de metas dentro da organização, embora se saiba que esse alinhamento nem sempre seja factível, vez que os interesses pessoais dos sujeitos que delineiam essas metas por vezes se sobrepõem aos da organização (HORGREN, SUNDEM e STRATTON, 2004). O orçamento tem as seguintes características: estima o lucro potencial de uma unidade de negócio; é expresso em termos monetários; é previsto para períodos determinados; é um compromisso de gestão, pois além de metas, prevê que possam ser tomadas medidas para que o realizado seja compatível com o previsto; é desenvolvido com base em informações coletadas pela área de Controladoria (ANTHONY e GOVINDARAJAN, 2008). O Orçamento envolve dois níveis de decisão: o nível de previsão, no qual se estabelecem as metas, e o nível de aprovação, no qual se analisa a coerência das metas. Este estudo analisa o nível de previsão de metas.

Os hospitais vêm modernizando seu sistema de controle gerencial mas, há dez anos atrás, o processo de previsão ainda era feito com base na experiência dos gestores e sem o uso

de critérios técnicos (NYLAND e PETTERSEN, 2004). Na decisão orçamentária em instituições hospitalares, há algumas especificidades em razão da relação hospital-médico-paciente, como exigências de confidencialidade, total necessidade de se preservar e respeitar a produção de diagnósticos e caminhos terapêuticos prescritos (RIBEIRO FILHO, VASCONCELOS, VASCONCELOS e CHACON, 2005). Esses conflitos se tornam cada vez mais presentes tendo em vista a existência de práticas médicas impactada pelo avanço tecnológico que se confrontam com uma realidade de insuficiência orçamentária dos pacientes, hospitais e seguradoras (RIBEIRO FILHO et al., 2005); além disso, segundo os autores, profissionais da área de saúde cada vez mais têm assumido papéis de gestão para os quais podem estar pouco preparados, pois sua ascensão na carreira por vezes o obriga a passar do eixo técnico para o eixo gerencial. Considerando esses aspectos, este estudo busca identificar o modelo de decisão (racional ou por expertise) adotado por gestores de hospitais quando esses decidem sobre o nível de metas orçamentárias em suas áreas de atuação. Conforme já discutido, os resultados podem contribuir para a compreensão do processo orçamentário e desses conflitos de interesses aparentemente existentes no ambiente hospitalar.

3 MÉTODO

Pode-se enquadrar metodologicamente este estudo como: segundo as bases lógicas da investigação, o estudo seguiu o método hipotético-dedutivo; segundo a abordagem do problema, foi quantitativo; segundo o objetivo geral, foi pesquisa exploratória; segundo o propósito, foi pesquisa diagnóstico; e segundo o procedimento técnico, foi pesquisa de levantamento. **População e amostra:** No ano de 2012 foram realizadas oito visitas a hospitais e foram feitos dezenas de contatos diretos, via telefone, para a divulgação da pesquisa, seguindo-se a esses contatos emails com um link para resposta por meio eletrônico. Foram enviados emails para as listas de contatos oferecida pela Federação Brasileira de Hospitais e pela Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo. Apesar de todo esforço de divulgação, a amostra final foi composta por 76 respondentes. **Instrumento de coleta de dados:** Utilizou-se instrumento adaptado a partir do estudo de Cesar, Perez, Vidal e Marin (2010, p. 1-16), com 30 afirmativas sobre comportamentos adotados ao estimar metas orçamentárias, às quais os sujeitos indicavam sua frequência numa escala de de 10 pontos de percentual de uso que variava de 1 (até 10% das vezes) até 10 (de 90 a 100% das vezes), sendo cada ponto da escala relacionado a um intervalo percentual (2: de 11 a 20% das vezes, por exemplo). Havia quatro blocos de questões: 1) Busca sistematizada de informações (considerado variável independente – VI), com oito indicadores; 2) Aspectos sócio-afetivos (VI), com sete indicadores; 3) Decisão racional (VD), com 07 indicadores; Decisão por Expertise (VD), com nove indicadores. As relações de dependência foram assumidas tendo em vista o modelo teórico proposto, ou seja, a busca de informações para decisão e os aspectos sócio-afetivos afetam a forma como o sujeito decide, seja usando a racionalidade, seja a expertise. **Procedimentos de tratamento e análise de dados:** Fez-se análise descritiva e multivariada dos dados, sendo aplicadas: distribuições de frequência; análise fatorial; modelagem de equações estruturais. Utilizou-se os *softwares* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 17 e PLS (*Partial Least Squares*) sendo este último para identificar o modelo de relacionamento entre as variáveis do estudo.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A pesquisa de campo coletou de informações junto a uma amostra composta por 26 Médicos (35,1%), 19 Administradores (25,7%); três Advogados (4,1%); três Contadores (4,1%); um Engenheiro (1,4%) e 22 respondentes que atuam com outras profissões (29,7%) totalizando 74 respondentes dos quais 35 eram homens (47,3%) e 39 mulheres (52,7%). Quanto ao nível hierárquico nos hospitais, 6,8% dos respondentes atuam na presidência ou vice-presidência; 24,3% em cargos de alta gerência como diretores; 18,9% como gerentes de nível médio; 25,7% como coordenadores ou supervisores; 21,6% como técnicos e 2,7% não revelaram o nível de atuação. Em relação ao porte das empresas, 31,1% trabalham em hospitais de médio porte; 64,9% de grande porte e 4,0% não revelaram.

Análise fatorial exploratória

A normalidade multivariada dos dados foi testada com a estatística de curtose multivariada (PK de Mardia Normalizada) que resultou (PK=1,052; sig=0,293), ou seja, os dados reúnem normalidade multivariada (Ho: não há normalidade multivariada. Fez-se o processamento dos dados das assertivas (perguntas do questionário relacionadas a cada indicador, sendo estes formadores dos constructos) com a técnica de Análise Fatorial. Utilizou-se o método das Componentes Principais, com Rotação Varimax e substituição de dados perdidos (*missing values*) pela média. O processamento foi realizado em quatro fases, a seguir descritas.

Na primeira fase, efetuou-se um primeiro processamento com as assertivas delineadas para captar o construto “Seleção de Informação”; indicou-se a exclusão do indicador “VIA7- Preciso de uma grande quantidade de informação para decidir” por apresentar uma medida de adequação da amostra (MSA=0,323) inferior ao patamar de 0,50 recomendado por Hair et al. (2009). Também se justifica sua exclusão por ser muito semelhante à questão VIA16, mantida na análise. O novo processamento sem a variável VIA7 resultou no índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0,678) e na estatística Qui-quadrado para o Teste de Bartlett ($\chi^2=152,37$; sig=0,000) e medidas de adequação no intervalo de (0,528<MSA<0,840). A Tabela 1 apresenta as consistências internas dos fatores extraídos, as médias e desvios-padrão dos indicadores e o percentual de variância explicada pelos fatores.

Tabela 1 - Fatores do construto seleção de informações

	Fatores			
	Inf_Exp	Inf_Amb	Mean	Deviation
VIA6-Para decidir acho que preciso de uma grande quantidade de informação.	,822		6,19	2,52
VIA8-Quando decido seleciono informações de acordo com minha preferência.	,768		7,88	1,78
VIA5-Quando decido seleciono informações com base em minha experiência passada.	,688		5,94	2,38
VIA2-Para decidir seleciono informações que sejam relevantes.	,660		6,80	2,25
VIA4-Ao decidir seleciono informações que se agrupem a outras que já tenho.	,554		7,22	1,67
VIA3-Ao decidir busco informações sobre o ambiente interno.		,903	7,10	1,79
VIA1-Ao decidir busco informações sobre o ambiente externo.		,857	7,30	1,77
Variância Total (%)	36,76	24,290		
Alfa de Cronbach	0,785	,782		

Método de extração: Análise do Componente Principal. Método de Rotação: Varimax – Rotação convergida em 3 interações. **Fonte:** Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa

Como pode ser observado na Tabela 1, no primeiro fator ficaram alocadas as assertivas referentes à seleção de informações com base na experiência, e foi rotulado como “Inf_Exp”, enquanto que no segundo, rotulado como “Inf_Amb”, ficaram agrupadas as assertivas relacionadas à seleção de informações no ambiente. Esses dois fatores explicam 61,66% da variabilidade das assertivas utilizadas no processamento, as quais apresentaram escores com valores acima da média. Na segunda fase, nenhuma das assertivas propostas para captar o construto “Fatores Socio-afetivos” foi descartada no processamento da análise fatorial a qual produziu o índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0,625), a estatística Qui-quadrado para o Teste de Bartlett ($\chi^2=147,93$; sig=0,000) e o intervalo de valores para a medida de adequação da amostra igual a ($0,534 < MSA < 0,772$). Esses resultados mostram que a utilização da análise fatorial resultou na extração de dois fatores com variância total explicada de 63,01% conforme ilustra Tabela 2.

Tabela 2 - Fatores do construto socioafetivo

	Componentes		Mean	Deviation
	Afetivo	Social		
VIB5-Decido sobre influência do meu grupo para escolher as informações importantes.	,873		4,42	2,726
VIB1-Ao decidir tenho medo de errar.	,841		4,85	2,430
VIB2-Quando decido acho que estou lidando com um ambiente de incerteza.	,724		6,63	2,614
VIB6-Considero que haja risco nas decisões que tomo.		,890	6,60	2,368
VIB7-Ao decidir considero o impacto das metas sobre as pessoas.		,741	4,08	2,650
VIB3-Quando decido tenho medo das conseqüências da minha decisão.		,608	7,18	2,232
VIB4-Ao decidir penso no reflexo da decisão para minha vida profissional.	,458	,524	6,35	2,502
Variância Total (%)	40,874	22,138		
Alfa de Cronbach	0,781	,651		

Método de extração: Análise do Componente Principal. Método de Rotação: Varimax – Rotação convergida em 3 interações. **Fonte:** Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa

No primeiro fator, com variância explicada de 40,87%, ficaram agrupadas as assertivas de fatores afetivos e foi rotulado como “afetivo” e no segundo, com variância explicada de 22,14%, ficaram agrupadas as assertivas referentes aos aspectos sociais e, como tal, foi rotulado com “social”. É interessante notar que a VIB6, referente ao risco percebido, enquadra-se como fator social e não afetivo. Talvez isto se explique pelo conceito de que risco depende não só da probabilidade de ocorrência de efeitos adversos, mas também do montante das perdas decorrentes desses efeitos (CABANTOUS, HILTON, KUNREUTHER e MICHEL-KERJAN, 2011). Optou-se por nomear esses dois fatores como um único constructo denominado Socio-afetivo. A terceira fase de processamento da Análise Fatorial se deu com as assertivas elaboradas para captar o construto Decisão Racional “Decis_Racio”. Utilizou-se o método das componentes principais e rotação Varimax. O processamento resultou no índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0,671), na estatística Qui-

quadrado para o teste de Bartlett ($\chi^2=90,49$; sig=0,000) e no intervalo de valores para a medida de adequação da amostra igual a ($0,600 < MSA < 0,816$). A análise fatorial resultou na extração dos dois fatores com variância total explicada de 61,05% (Tabela 3).

Tabela 3 - Fatores do construto decisão racional

	Fatores		Mean	Deviation
	Uso_Parâm	Anál_Cenário		
VDA1-Ao decidir analiso as causas e os efeitos da decisão.	,821		7,39	1,971
VDA7-Quando decido sigo parâmetros dados pela empresa.	,740		7,49	1,923
VDA3-Quando decido busco alternativas que dêem margem a pequenos ajustes.	,726	,465	7,49	1,928
VDA5-Ao decidir considero a possibilidade de ocorrência de um cenário futuro.		,854	6,87	2,271
VDA2-Ao decidir atribuo peso às informações mais importantes.		,761	7,65	1,868
VDA4-Ao decidir levo em consideração a ocorrência de um cenário futuro.	,359	,472	7,67	2,128
Variância Total (%)	31,50	29,55		
Alfa Cronbach	0,706	0,549		

Método de extração: Análise do Componente Principal. Método de Rotação: Varimax – Rotação convergida em 3 iterações. Fonte: elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa

O primeiro fator, interpretado como uso de parâmetros “Uso_Parâm”, apresentou variância explicada igual a 31,50% e consistência interna ($\alpha=0,706$), enquanto que o segundo, interpretado como análise de cenário “Anál_Cenário”, apresentou variância explicada de 29,55% e consistência interna a ($\alpha=0,549$). A consistência interna desse valor ficou abaixo do valor mínimo (0,60) recomendado por Hair et al. (2009) em função da baixa cumunalidade apresentada pela assertiva “VDA4 - Ao decidir levo em consideração a ocorrência de um cenário futuro” (na Tabela 3 a palavra probabilidade não aparece mas constava da afirmativa no questionário) cuja retirada, elevaria a consistência interna para ($\alpha=0,622$), no entanto, optou-se por mantê-la nas análises posteriores devido à sua importância na interpretação desse fator. No questionário original a VDA4 refere-se à probabilidade de ocorrência do cenário, enquanto a VDA5 refere-se à possibilidade de ocorrência do mesmo. Nos modelos econômicos de decisão probabilidade é um conceito que se refere à chance de ocorrência de um evento; a possibilidade refere-se à percepção dessa chance (KAHNEMAN; TVERSKY, 1979). Assim, as duas questões referem-se à estimativa de ocorrência de um cenário futuro. Na presente aplicação talvez os respondentes não tenham percebido a diferença entre elas, sendo possibilidade um termo mais comum do que probabilidade.

A quarta fase de tratamento dos dados, a exemplo das fases anteriores, foi pautada pelo processamento da Análise Fatorial pelo método das componentes principais com rotação Varimax. Esse processamento resultou no índice Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO=0,689$), na estatística Qui-quadrado para o teste de Bartlett ($\chi^2=105,91$; sig=0,000) e no intervalo de valores para as medida de adequação da amostra ($0,539 < MSA < 0,815$). Dessa forma, a utilização da análise fatorial também se mostrou adequada e resultou na extração dos dois fatores com variância total explicada de 59,99%, como podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4 - Fatores do construto embasados na experiência

	Fatores		Mean	Deviation
	Aprendizagem	Intuição		
VDB8-Decido com pouco esforço porque me baseio em minha experiência.	,808		6,66	2,002
VDB2-Quando decido o faço com base no que aprendi no passado.	,774		5,92	2,395
VDB5-Decido metas colocando um percentual sobre as metas do ano anterior.	,763		4,69	3,130
VDB6-Tomo decisões baseadas em fatos recentes do cenário interno ou externo.	,621	,455	7,04	1,776
VDB3-Decido comparando a situação atual com as anteriores.		,824	7,25	1,913
VDB4-Decido usando situações semelhantes que se repetem ano a ano.		,729	5,03	2,808
VDB7-Quando decido sinto que tem uma voz interior que me guia.		,631	6,85	2,131
Variância Total (%)	32,61%	27,380		
Alfa Cronbach	0,751	,559		

Método de extração: Análise do Componente Principal. Método de Rotação: Varimax – Rotação convergida em 3 iterações. Fonte: elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa

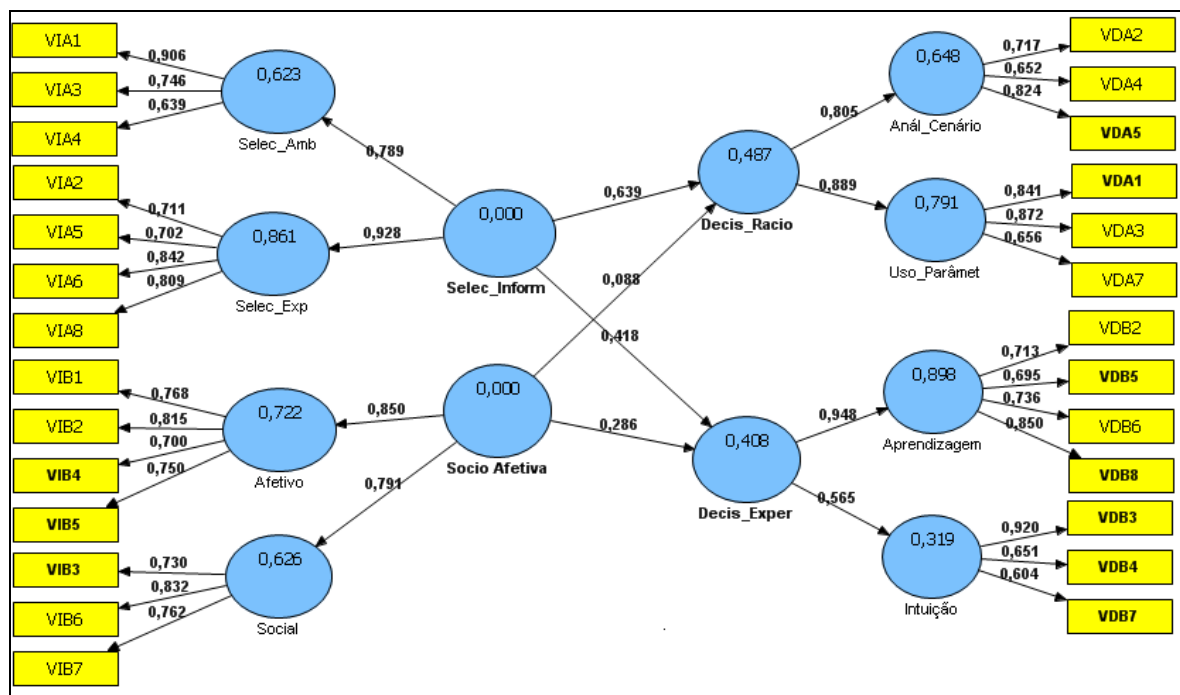
As assertivas agrupadas no primeiro fator refletem o construto “decisão por expertise” e foi rotulado como “Aprendizagem”, o qual apresentou variância explicada igual a 32,61% e consistência interna ($\alpha=0,751$). No segundo fator ficaram agrupadas as assertivas que refletem a decisão baseada em memorização de padrões (respostas específicas dadas a situações semelhantes) ou em memorização de regras que não são conscientes ao sujeito (memória implícita) e que são normalmente associadas à chamada “voz interior”. Mantendo a denominação dada por Pennings, Garcia e Hendrix (2005) para variáveis dessa natureza, deu-se o nome de “Intuição” ao fator. Esse fator apresentou variância explicada de 27,38% e consistência interna ($\alpha=0,559$) em função da baixa comunalidade apresentada pela assertiva “VDB7-Quando decido sinto que tem uma voz interior que me guia”, cuja retirada elevaria a consistência interna para ($\alpha=0,603$). No entanto, a exemplo do processamento anterior, optou-se por mantê-la nas análises posteriores por sua importância na interpretação desse construto. Talvez essa assertiva tenha sido interpretada como algo que foge muito ao que se denomina racionalidade no senso comum. Trata-se, na verdade, do poder da memória implícita, um tipo especial de memória ao qual o sujeito não tem acesso introspectivo (consciência) mas que interfere muito em suas decisões.

4.3 Modelagem por equação estrutural (Etapa 3)

Na terceira etapa de processamento, os dados foram submetidos à Modelagem por Equações Estruturais pelo método *Partial Least Square* (MEE-PLS) a fim de testar os relacionamentos propostos no estudo (HENSELER; RINGLE; SINKOVICS, 2009). O tamanho da amostra necessário para o processamento da MEE-PLS em conformidade com Henseler, Ringle e Sinkovics (2009) é de cinco respondentes por assertiva ou cinco a 10 vezes o número de relacionamentos apresentados pelo construto com maior número de relacionamentos de influência. Neste estudo, o construto “Aprendizagem” é o que mais apresenta relacionamentos

(cinco ao todo), logo, o tamanho da amostra (74 respondentes) foi suficiente para efetuar o processamento dos dados. Os parâmetros usados para análise das cargas fatoriais do modelo de mensuração e dos coeficientes do modelo estrutural produzidos na MEE-PLS foram determinados com o teste *Post hoc*, disponível no *softwareG Power 3.0*, levando-se em consideração o tamanho da amostra de 74 respondentes e a significância estatística de 5%. Dessa forma, com o poder estatístico de 0,80, o tamanho do efeito para as cargas do modelo de mensuração foi ($f^2 = 0,315$), enquanto que para os coeficientes do modelo estrutural o tamanho do efeito foi ($f^2 = 0,15$). Assim, as cargas e coeficientes maiores ou iguais a esses valores são considerados significativamente diferentes de zero. O processamento da MEE-PLS foi efetuado com o algoritmo *Path Weighting Scheme* com reposição de dados perdidos (*missing values*) pelo valor médio de cada assertiva e com normalização (Média=0; Variância=1, dados padronizados). Os resultados revelaram que os valores das cargas de correlação entre as assertivas e os fatores do modelo de mensuração foram superiores ao patamar de referência (0,315) adotado no estudo, assim com os valores obtidos para os coeficientes estruturais, que ficaram acima do patamar (0,15) conforme ilustra a Figura 1.

Figura 1 - Modelo completo do processamento MEE-PLS



Fonte: elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa

As significâncias das cargas fatoriais e dos coeficientes estruturais também foram avaliadas com os valores “t” de *Student* gerados no procedimento *Bootstrapping* com 500 repetições. Todas as cargas e coeficientes apresentaram “t” *Student* superiores a (1,99), ou seja, diferem significativamente de zero ao nível de 5% de significância, exceto o coeficiente estrutural gerado entre os fatores “Socioafetivo” e a “Decis_Racio” ($t=1,006$; $sig=0,318$). Os resultados mostram a convergência das assertivas (indicadores dos constructos -afirmativas do questionário) em seus respectivos construtos de acordo com o delineamento da pesquisa. No entanto, para ratificar a existência de validade convergente se faz necessário avaliar se esses construtos apresentam índices de confiabilidade composta e de Variância Média Extraída (AVE) maiores ou iguais a (0,70) e (0,50), respectivamente, conforme (CHIN, 1998; FORNELL; LARCKER, 1981; HAIR et al., 2009). Observa-se na Tabela 5 que todos os

fatores apresentaram índices de confiabilidade composta e AVE acima dos patamares de referência. Dessa forma, o modelo apresenta validade convergente e os fatores podem ser considerados consistentes em suas mensurações (HAIR, et al., 2009).

Tabela 5 - Fatores dos resultados do processamento da MEE-PLS

Fatores	AVE	Composite		Cronbachs		Desvio padrão
		Reliability	R Square	Alpha	Média	
Afetivo	0,5765	0,8445	0,7220	0,7550	5,0017	1,8919
Anál_Cenário	0,5396	0,7770	0,6478	0,5649	7,3916	1,4449
Aprendizagem	0,5642	0,8373	0,8981	0,7414	6,9548	1,4620
Decis_Exper	0,6140	0,7776	0,4083	0,6732	6,6121	1,3307
Decis_Racio	0,7192	0,8106	0,4870	0,7167	7,4396	1,2986
Intuição	0,5452	0,7762	0,3189	0,5856	5,3602	1,9873
Selec_Amb	0,5949	0,8119	0,6230	0,6432	6,2883	1,8592
Selec_Exp	0,5905	0,8515	0,8610	0,7661	7,3576	1,3421
Selec_Inform	0,7418	0,8488	n.a	0,7916	7,0274	1,3100
Social	0,6026	0,8193	0,6260	0,6684	6,7532	1,8669
Socio-Afetiva	0,6941	0,8198	n.a	0,7447	5,7853	1,5452
Uso_Parâmet	0,6329	0,8360	0,7911	0,7074	7,5005	1,5891

Fonte: Elaborados pelos autores a partir dos resultados da pesquisa

Na Tabela 5, podem ser observadas ainda as médias e desvios-padrão dos escores fatoriais para os construtos delineados na pesquisa. Esses valores indicam que o fator "Desc_Exper" apresentou uma média de 6,61 (com desvio padrão de 1,33) inferior à apresentada pelo fator "Decis_Racio", que apresentou uma média de 7,43 (com desvio padrão de 1,29), diferença essa suportada pelo teste paramétrico "t" *Student* para médias emparelhadas ($t=-4,935$; $sig=0,000$). Cabe salientar que o teste de Kolmogorov-Smirnov revelou que os escores de ambos os fatores se distribuem segundo uma normal ($K-S=0,634$; $sig=0,810$ e $K-S=0,987$; $sig=0,284$). Isso significa que os participantes da pesquisa relatam usar mais frequentemente as decisões analíticas (racionais) do que as decisões por expertise (não racionais). Em relação ao modelo de mensuração, outro detalhe a examinar é se o mesmo reúne validade discriminante. A verificação da validade discriminante entre os fatores foi efetuada comparando-se a média das correlações obtidas entre as assertivas e os construtos por meio da Raiz Quadrada da AVE e as correlações obtidas entre os construtos. Para o modelo reunir validade discriminante, as correlações entre os construtos devem ser menores que as Raízes da AVE. Todas as raízes quadradas da variância média extraída (AVE) foram dispostas na diagonal principal da matriz de correlações constante na Tabela 6.

Tabela 6 - Correlações entre os construtos da pesquisa

	Afetivo	Anál_Cenário	Aprendizagem	Intuição	Selec_Amb	Selec_Exp	Social	Uso_Parâmet
Afetivo	0,7593							
Anál_Cenário	0,2361	0,7346						
Aprendizagem	0,4012	0,4469	0,7511					
Intuição	0,2522	0,0947	0,2719	0,7383				
Selec_Amb	0,5391	0,2965	0,4027	0,0958	0,7713			
Selec_Exp	0,3062	0,5091	0,6646	0,1239	0,5038	0,7685		
Social	0,3514	0,4199	0,5350	0,0509	0,4794	0,5391	0,7763	
Uso_Parâmet	0,2641	0,4448	0,3933	-0,1345	0,4246	0,6814	0,4473	0,7956

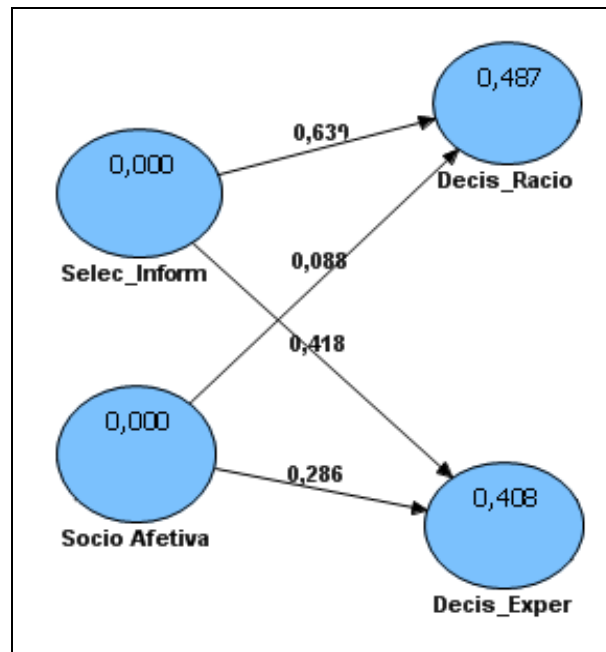
Fonte: Elaborados pelos autores a partir dos resultados da pesquisa

Como pode ser observada, a magnitude das correlações entre os construtos é inferior aos valores das raízes da AVE. Esse resultado, aliado à significância das cargas fatoriais, às

magnitudes apresentadas pela confiabilidade composta e à AVE dos construtos, dão suporte para afirmar que o modelo de mensuração reúne validade convergente e validade discriminante. Portanto, os indicadores se mostram consistentes e apropriados para mensurar os construtos delineados na pesquisa, assim como para estimar as relações preditivas entre eles.

Analizadas as propriedades do modelo de mensuração, o tratamento estatístico dos dados foi direcionado à mensuração do efeito direto de cada relacionamento proposto no estudo representados no modelo estrutural ilustrado na Figura 2.

Figura 2- Modelo estrutural



Os resultados estruturais dos relacionamentos estão sintetizados na Tabela 7 a seguir.

Tabela 7 - Coeficientes padronizados do modelo estrutural

Relacionamentos estruturais	Coeficientes	"t" Student	Sig.	R ²	Resultados
H1- Selec_Inf→Decis_Racio	0,639	6,639	0,000	0,7167	Suportada
H2 Sócio-Afetiva→Decis_Racio	0,418	3,604	0,000		Suportada
H3: Selec_Inf→Decis_Exp	0,088	1,006	0,318	0,6732	Não-Suportada
H4: Sócio-Afetiva→Decis_Exper	0,286	2,434	0,017		Suportada

CONCLUSÕES

Os resultados mostram que os decisores hospitalares tomam decisões predominantemente racionais, embora sofram influência de aspectos sócio-afetivos quando sua decisão se dá por *expertise*. O impacto da seleção de informações "Selec_Inform" sobre a decisão racional foi significativo ao nível de 5% ($\gamma=0,639$; $t=6,939$; $\text{sig}=0,000$). O mesmo pode ser observado em relação ao impacto da seleção de informações sobre a decisão por experiência "Decis_Exper" ($\gamma=0,418$; $t=3,604$; $\text{sig}=0,000$). Esses resultados dão suporte para confirmação das hipóteses H1 e H2 do estudo (hipóteses representadas na Tabela 7).

Conforme o modelo para tomada de decisão proposto por Pennings, Garcia e Hendrix (2005) a seleção das informações e o armazenamento destas são utilizadas tanto no passo computacional, o que dá suporte a hipótese H1, como no passo Intuitivo que dá suporte à confirmação da hipótese H2. Em síntese e em conformidade com o modelo em questão, os resultados práticos demonstram que as informações obtidas influenciam as decisões tanto racional quanto por *expertise*. Quanto aos efeitos dos fatores sociais e afetivos, dimensão denominada “Socioafetiva” sobre a decisão racional “Decis_Racio”, o processamento da MEE-PLS revelou um impacto positivo ($\gamma=0,088$; $t=1,006$; $\text{sig}=0,318$), porém, não foi significativo ao nível de 5%. Esse resultado está em linha com a teoria econômica que assume apenas três regras para se obter uma decisão racional (regra max-min, regra probabilística e a regra da certeza), desprezando qualquer influência *socioafetiva*. Assim, rejeitou-se a hipótese H3 de que os *aspectos socioafetivos influenciam a tomada de decisão racional*. O efeito de fatores sociais e afetivos “Socioafetivo” sobre a decisão pela experiência “Decis_Exper” foi positiva e significativa em nível de 5% ($\gamma=0,286$; $t=2,434$; $\text{sig}=0,017$). Esse resultado está em linha com os estudos realizados por Bazerman (1994) sobre heurísticas, ou seja, as “regras de ouro” que são consideradas como atalhos baseados na experiência do profissional para encontrar soluções rápidas para certos problemas.

A confirmação da hipótese H4 mostra o uso da heurística, que traz riscos evidentes ao processo de tomada de decisão, como por exemplo, o efeito Framing que pode comprometer aspectos da teoria da utilidade esperada segundo Tversky e Kahneman (1986). A confirmação da hipótese H4 também é suportada por estudos de Perroca (1997), que revela o fato de os profissionais do Setor Saúde precisarem tomar decisões muito rápidas, baseadas em experiência profissional; os fatores socioafetivos explicam 71,67 % da decisão racional e 67,32% da decisão por *expertise*. Pode-se afirmar ainda que no Setor de Saúde, conforme relatado anteriormente, a média dos escores obtidos para o construto de decisões racionais é significativamente maior que a média obtida para o construto de decisões por *expertise*. Finalmente, observou-se que as decisões racionais são mais frequentes que as decisões por *expertise*, o que está em linha com a própria teoria da racionalidade limitada (SIMON, 1955) onde se verifica que o que se tem no processo de tomada de decisão é uma aproximação do ideal de otimização, porém ainda se tem a razão como predominante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTHONY Robert Newton; GOVINDARAJAN Vijay. **Sistemas de controle gerencial**. 12. ed. São paulo: McGraw-Hill, 2008.

BAZERMAN, Max H. **Processo decisório**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2004.

BURITI, Maria Carolina. Produtividade em saúde passa pela equação escala x qualidade. **Revista Saúde Web**. 13 ago 2012. Disponível em: <<http://saudeweb.com.br/31728/desafio-da-produtividade-em-saude-passa-pela-equacao-escala-x-qualidade>>. Acesso em: 13 set. 2012.

CAMERER, Colin; LOEWENSTEIN, George; PRELEC, Drazen. Neuroeconomics: How neuroscience can inform economics. **Journal of Economic Literature**, v. XLIII, p. 9-64, mar. 2005.

CESAR, Ana Maria Roux Valentini Coelho; VIDAL, Patricia Gonçalves; PEREZ, Gilberto; MARIN, Rodrigo de Souza. Neuroaccounting contribution to understand the decision making: An example from an innovative company. In: ANPCONT2010, 2010, Natal. **Anais...** 2010.

CESAR, Ana Maria Roux Valentini Coelho; VIDAL, Patricia Gonçalves; PEREZ, Gilberto; CODA, Roberto. Neuroaccounting: Modelando a tomada de decisões em ambientes contábeis. In: ANPCONT2009, 2009. **Anais...** 2009. Disponível em: <<http://www.anpcont.com.br/site/docs/congressoIII/01/325.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2012.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS (FBH). **Gastos públicos em saúde**. 20 jul 2011. Disponível em: <<http://fbh.com.br/2011/07/20/gastos-publicos-em-saude/>>. Acesso em: 25 set. 2012.

FITZGERALD, Louise. Moving clinicians into management: A professional challenge or threat?. **Journal of Management in Medicine**, v. 8, n. 6, p. 32-44, 1994.

FREZATTI, Fábio; ROCHA, [Welington](#); NASCIMENTO, [Artur Roberto](#) e JUNQUEIRA, [Emanuel](#). **Controle gerencial**. São Paulo: Atlas, 2009.

HAIR, J. F. Jr.; ANDERSON, R. E.; TETHAM, R. L.; BLACK, W.C.. **Análise multivariada de dados**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman. 2007.

HENSELER, Jörg; RINGLE, Christian; SINKOVICS, Rudolf R. The use of partial least squares path modeling in international marketing. *New Challenges to International Marketing Advances*. **International Marketing**, v.20. p. 277-319, 2009.

HORNGREN, C. T.; SUNDEM, G. L.; STRATTON, W. O. **Contabilidade Gerencial**. 12. ed. São Paulo: Pearson Education *do Brasil*, 2004.

KAHNEMAN, Daniel; TVERSKY, Amos. Prospect theory: an analysis of decision under risk. **Econometrica**, v. 47, n. 2, p. 263-92, mar. 1979.

KISA, A.; KAVUNCUBASI, S; ERSOY, K. The influence of financial officers on the decision-making process in health facilities: a study in Ankara. [Health Care Manag](#), v. 25, n. 1, p. 37-42, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16501381>>. Acesso em: 15 ago, 2012.

LA FORGIA, Gerard M.; COUTTOLENC, Bernard F. Desempenho hospitalar no Brasil. A Busca da Excelência. **Revista En Breve**. n. 120, mar. 2008.

NYLAND, Kari; PETTERSEN, Inger Johanne. The control gap: the role of budgets, accounting information and (non-) decisions in hospital settings. **Financial Accountability & Management**, v. 20, n. 1, p. 267-4424, fev. 2004.

PENNINGS, Joost M. E.; GARCIA, Philip; HENDRIX, Eligius. Towards a theory of revealed economic behavior: The economic. **Neurosciences Interface**, v. 7, n. 2, p. 113-27, 2005.

PERROCA, Márcia Galan. Valores que norteiam o processo de tomada de decisão da enfermeira. **Rev Esc Enferm USP**, v. 31, n. 2, ago. 1997.

PLOUS, S. **The psychology of judgment and decision making**. USA: McGraw-Hill, 1993.

REVISTA FH - A revista de gestão, serviços e tecnologias para o setor hospitalar. a. 20, ed. 205, nov. 2012. Disponível em: <http://issuu.com/revista_fh/docs/fh_205>. Acesso em 14 out. 2012.

RIBEIRO FILHO, José Francisco; VASCONCELOS, Marco Tullio de Castro; VASCONCELOS, Mércia Maria Fernandes e CHACON, Márcia Josienne Monteiro. Apropriação de conhecimentos contábeis decorrentes do exercício profissional da medicina: um estudo comparativo com médicos de hospitais público, privado e cooperativa. **Revista**

Universo Contábil, Blumenau, v. 1, n. 1, p. 8-23, jan./abr. 2005.

SIMON, Herbert A. A behavioral model of rational choice. **The Quarterly Journal of Economics**, v. 69, n. 1, p. 99-118, fev. 1995.

TVERSKY, A.; KAHNEMAN, D. Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. **Science**, v. 185, p. 1124-31