UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E EFICIÊNCIA EM ORGANIZAÇÕES DE
SAÚDE: UM ESTUDO EM HOSPITAIS FILANTRÓPICOS**

Júlio Araujo Carneiro da Cunha

Orientador: Prof. Dr. Hamilton Luiz Corrêa

SÃO PAULO

2011

Prof. Dr. João Grandino Rodas
Reitor da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Reinaldo Guerreiro
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Prof. Dr. Adalberto Américo Fischmann
Chefe do Departamento de Administração

Prof. Dr. Lindolfo Galvão de Albuquerque
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Administração

JÚLIO ARAUJO CARNEIRO DA CUNHA

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E EFICIÊNCIA EM ORGANIZAÇÕES DE
SAÚDE: UM ESTUDO EM HOSPITAIS FILANTRÓPICOS**

Tese apresentada ao Departamento de
Administração da Faculdade de Economia,
Administração e Contabilidade da
Universidade de São Paulo como requisito
para a obtenção do título de Doutor em
Administração.

**Orientador: Prof. Dr. Hamilton Luiz
Corrêa**

Versão Corrigida

(versão original disponível na Unidade que aloja o programa)

SÃO PAULO

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Seção de Processamento Técnico do SBD/FEA/USP

Carneiro da Cunha, Júlio Araujo
Avaliação de desempenho e eficiência em organizações de saúde:
um estudo em hospitais filantrópicos / Júlio Araujo Carneiro da Cunha
-- São Paulo, 2011.
237 p.

Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, 2011.
Orientador: Hamilton Luiz Corrêa.

1. Avaliação de desempenho organizacional 2. Administração hospitalar 3. Eficiência organizacional I. Universidade de São Paulo. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade II. Título.

CDD – 658.4013

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e irmãos

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, que permitiu que esse trabalho fosse realizado e me deu condições para que eu pudesse concluí-lo. Agraço também meus pais e irmãos, que mesmo estando longe, pude sentir suas boas vibrações e torcida de perto.

Sou muito grato também ao professor Hamilton Luiz Corrêa que desde o início acreditou em mim, demonstrado sempre ter confiança na minha competência. Trabalha-se muito melhor quando se tem parceria e extrema vontade de ajudar proveniente do orientador. Deixo aqui, portanto, meus profundos agradecimentos por todo aprendizado que tive com ele, que por muitas vezes ia além dos conceitos e teorias.

É importante lembrar dos membros da banca de qualificação, Carlos Alberto Grespan Bonacim e Cesar Alexandre de Souza que ajudaram nos moldes desse trabalho e deram valiosas contribuições para a consecução da pesquisa.

Coloco também meus agradecimentos àqueles que apoiaram minha trajetória acadêmica até aqui, em especial para João Luiz Passador e Cláudia Souza Passador.

Agradeço ao time da Pró-Saúde por todo apoio ao longo da pesquisa, o que conta desde incentivo financeiro até a grande ajuda com a divulgação da pesquisa. Sem eles, com certeza, o trabalho seria bem mais difícil. Diante disso, agradeço, em especial, ao Paulo Roberto Segatelli Câmara que se dispôs desde o início a ajudar e a apoiar a pesquisa dentro de todas as possibilidades que lhe estavam ao alcance. Não posso esquecer também de seus funcionários Mara, Mirian, Mariane e Ronaldo, que com grande receptividade se dispuseram a auxiliar, principalmente, no processo de elaboração de cartas e de cobranças de questionários.

Obrigado também à CMB que apoiou a pesquisa e suportou em seu nome a divulgação da pesquisa por *e-mail* com as federações estaduais. Agradeço especialmente ao Marcelo Dias e ao Antonio Brito (presidente da CMB) por toda ajuda no contato com os hospitais associados à confederação.

Por fim, agradeço a todos os hospitais participantes e seus respectivos representantes que dispuseram de seu tempo para responder o questionário e auxiliar no levantamento das informações da pesquisa.

EPIGRAFE

“I may be dumb, but I'm not a dweeb, I'm just a sucker
with no self esteem.”

Bryan Keith Holland

RESUMO

Existe atualmente uma tendência de maior utilização do sistema de saúde brasileiro, tal como de maior valorização dele, o que se justifica pelo modelo universalista do sistema de saúde nacional; envelhecimento da população nacional; aumentos dos gastos públicos com saúde; aumento da renda *per capita* dos brasileiros. Esse contexto traz consigo a demanda por práticas gerenciais capazes de auxiliar a área da saúde nos seus crescentes desafios. Um dos pontos relevantes de estudo nesse contexto é a avaliação de desempenho e eficiência organizacional das organizações de saúde, em especial, dos hospitais filantrópicos, utilizando-se modelos específicos à sua realidade. Diante disso, o objetivo do presente estudo é desenvolver um modelo organizacional para avaliação de desempenho para os hospitais filantrópicos e, a partir dele, comparar a eficiência das organizações participantes da amostra. Por meio da revisão de literatura levantaram-se 31 variáveis, provenientes de seis perspectivas diferentes, que foram julgadas pelo autor como relevante para a avaliação de desempenho dos hospitais filantrópicos, das quais, 21 foram consideradas como as mais relevantes por 14 especialistas que as avaliaram por meio do método Delphi. Ademais, outras quatro variáveis foram apresentadas como relevantes pelos entrevistados e adicionadas à proposta de modelo para avaliação de desempenho de hospitais filantrópicos. A partir desses fatores, estabeleceram-se variáveis de *inputs* e *outputs* dos hospitais possíveis de serem utilizadas, das quais se elaborou um questionário enviado para mais de 1.600 hospitais, obtendo-se de retorno 70 respostas válidas. Com a análise envoltória de dados determinaram-se quais os hospitais mais eficientes e quais elementos críticos para a eficiência. Conclui-se ainda que é incomum encontrar bases de dados robustas nos hospitais brasileiros e que análises de eficiência podem ser feitas embasadas em medidas de desempenho organizacional para se chegar a resultados de análise de desempenho com técnicas de análise de eficiência.

Palavras-chave: Organizações de Saúde; Hospitais Filantrópicos; Avaliação de Eficiência; Avaliação de Desempenho; DEA; Análise Envoltória de Dados.

ABSTRACT

Nowadays, there is a trend of higher Brazilian health system usage, as well as its higher appreciation, what is justified by the universal model of national health system; national population maturing; increase in public health spending; increase of Brazilians per capita income. This environment brings along the demand for managerial practices that are able to support healthcare area in its increasing challenges. One of the highlights of study in this context is the organizational performance and efficiency evaluation, specially for charitable hospitals, using specific models, according to their reality. Based on this, the objective of this study is to develop an organizational model for performance evaluation to charitable hospitals and, from it, compare sample participant organizations efficiency. Through literature review it was presented 31 variables, from six different perspectives, judged by the author as relevant for charitable hospitals performance evaluation, from which 21 were considered relevant by specialists in Delphi method round tables. Furthermore, another four variables were presented as relevant by the participants and added to model proposal to charitable hospitals performance evaluation. From these factors, it was established input and output variables that were able to be used, and a questionnaire was elaborated and sent to more than 1.600 hospitals, gaining back 70 valid questionnaires. With DEA analysis, it was determined which hospitals are more efficient and which elements are critical to efficiency. It was concluded that it is not common to find robust databases in charitable hospitals and that efficiency analysis can be done supported by organizational performance measures to reach also organizational performance results.

Key-words: Healthcare Organizations; Charitable Hospitals; Efficiency Evaluation; Performance Evaluation; DEA; Data Envelopment Analysis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO: O CONTEXTO BRASILEIRO DO SISTEMA DE SAÚDE E A NECESSIDADE DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO PARA O SETOR	9
1.1 A avaliação de desempenho organizacional	9
1.2 A avaliação de desempenho organizacional em organizações de saúde: O caso brasileiro	13
1.3 Transposição de modelos industriais de avaliação de desempenho para as organizações de saúde	26
1.4 Objetivo 20	
1.5 Estruturação do estudo	29
2 MODELOS DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO: UM RESGATE HISTÓRICO	30
2.1. A evolução da administração da avaliação de desempenho	30
2.2. Análises econômico-financeiras	40
2.3. Modelo TdB (<i>Tableau de Bord</i>)	44
2.4. Modelo de Martindell	46
2.5. Modelo de Buchele	48
2.6. Modelo de Corrêa MADE-O	51
2.7. Modelo da Administração da Qualidade Total (<i>Total Quality Management</i>)	54
2.8. Modelo SMART (<i>Strategic Measurement Analysis and Reporting Technique</i>)	57
2.9. Modelo BSC (<i>Balanced Scorecard</i>)	60
2.10. Modelo <i>Skandia Navigator</i>	63
2.11. Modelo SIGMA <i>Sustainability Scorecard</i>	68
2.12. Modelo IPMS (<i>Integrated Performance Measurement System</i>)	69
2.13. Modelo Prisma de Desempenho	71
2.14. Comparação dos principais modelos desenvolvidos na área	74
3 A CONSTRUÇÃO E ADOÇÃO DE MEDIDAS E INDICADORES DE DESEMPENHO: CONSIDERAÇÕES PARA AS ORGNIZAÇÕES DE SAÚDE	77
3.1 A importância dos indicadores de desempenho: definições e conceituações	77
3.2 Tipos de medidas e indicadores	80
3.3 A construção de indicadores de desempenho para as organizações de saúde	81

3.4 Críticas ao uso de medidas e indicadores	86
--	----

4 A AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE: UMA APLICABILIDADE EM HOSPITAIS FILANTRÓPICOS

4.1 As especificidades das organizações de saúde	89
4.2 Os hospitais filantrópicos: Conceitos e funcionamento	91
4.3 Modelo de avaliação de desempenho para as organizações de saúde (Santas Casas)	96
4.4 Objetivos de organizações de saúde sem fins lucrativos (situação futura)	96
4.5 A perspectiva econômico-financeira (situação passada)	98
4.6 A qualidade do serviço de saúde (situação atual)	102
4.7 A acessibilidade ao atendimento promovido pela organização de saúde (situação atual)	108
4.8 Processos internos e operacionalização (situação atual)	110
4.9 As capacidades da organização de saúde (perspectiva futuras)	112
4.10 A efetividade e eficácia dos serviços e tratamentos das organizações de saúde (situação atual)	115
4.11 A segurança do serviço de saúde: práticas sanitárias (situação atual)	116

5 PROCEDIMENTOS E ESCOLHAS METODOLÓGICAS

5.1 Natureza da pesquisa	123
5.2 Objeto de estudo e amostra	123
5.3 Tipo de avaliação realizada	124
5.4 Elaboração do modelo de avaliação de desempenho e eficiência para hospitais filantrópicos	130
5.5 Limitações metodológicas do presente estudo	145
5.6 Estruturação gráfica dos procedimentos de pesquisa	147

6 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS NO CAMPO

6.1 Validação das variáveis utilizadas: Abordagem com especialistas	148
6.2 Resultados da abordagem empírica com os hospitais filantrópicos	157

7 DISCUSSÕES FINAIS E CONCLUSÕES

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES PARA ESTUDOS FUTUROS	169
REFERÊNCIAS	171
APÊNDICE I	217
APÊNDICE II	221
ANEXO I	224

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APM: Associação Paulista de Medicina
BCC: Banker, Charnes e Cooper
CBA: Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde
CBS: *Comparative Balances Scorecard*
CCR: Charnes, Cooper e Rhodes
CEAS: Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social
CID: Código Internacional de Doenças
CMB: Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
CMPC: Custo Médio Ponderado de Capital
CNAS: Conselho Nacional de Assistência Social
CQH: Programa de Controle da Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar
CREMESP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRS: *Constant Return to Scale*
DEA: *Data Envelopment Analysis*
DMU: *Decision Making Units*
EBITDA: *Earnings Before Interest Rates, Taxes, Depreciation and Amortization*
EVA: *Economic Value Added*
FEA: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade
HIV: *Human Immunodeficiency Virus*
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IOM: *Institute of Medicine*
IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPMS: *Integrated Performance Measurement System*
ISO: *International Organization for Standardization*
JCAHO: *Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations*
MADE-O: Modelo de Avaliação do Desempenho Organizacional
MG: Minas Gerais
ONA: Organização Nacional de Acreditação
P&D: Pesquisa e Desenvolvimento
PBAH: Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar

PEQ: Prêmio europeu de Qualidade

PIB: Produto Interno Bruto

PNQ: Prêmio Nacional de Qualidade

POF: Pesquisa de Orçamento Familiar

Qtde: Quantidade

Resp.: respostas

ROI: *Return On Investment*

RS: Rio Grande do Sul

SC: Santa Catarina

SIAD: Sistema Integrado de Apoio à Decisão

SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade

SMART: *Strategic Measurement Analysis and Reporting Technique*

SP: São Paulo

SUS: Sistema Único de Saúde

SVS: Secretaria de Vigilância à Saúde

TdB: *Tableau de Bord*

TQM: *Total Quality Management*

UFF: Universidade Federal Fluminense

USP: Universidade de São Paulo

UTI: Unidade de Tratamento Intensivo

VRS: *Variable Returns to Scale*

WHO: *World Health Organization*

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quadro de avaliação conforme Martindell (1950)	47
Quadro 2 – Resumo da avaliação da firma conforme Buchele (1962)	48
Quadro 3 – Elementos presentes nos métodos de Administração da Qualidade Total	55
Quadro 4 – Comparação entre os principais modelos de avaliação de desempenho organizacional	75
Quadro 5 – Alguns estudos que relacionam a Administração de Desempenho considerando Santas Casas como objeto de estudo	95
Quadro 6 – Níveis de desempenho operacional de descarte de lixo hospitalar	120
Quadro 7 – Indicadores para mensuração dos cuidados com lixo hospitalar	120
Quadro 8 – Caracterização de tipos de avaliação segundo critérios selecionados por Novaes (2000)	131
Quadro 9 – Síntese da experiência profissional dos especialistas-respondentes	149
Quadro 10 – Tabulação dos dados coletados com os especialistas	151
Quadro 11 – Sumarização das recomendações adicionais sugeridas pelos especialistas	153
Quadro 12 – Variáveis do modelo de avaliação de desempenho para hospitais Filantrópicos	156
Quadro 13 – Indicadores do modelo de avaliação de desempenho e suas respectivas variáveis de eficiência como <i>inputs</i> e <i>outputs</i> do modelo	160
Quadro 14 – Eficiência das DMUs	161
Quadro 15. Características das 10 DMUs mais eficientes	162

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Gastos familiares mensais com assistência à saúde no Brasil (2002-2003)	20
Tabela 2 – Distribuição geográfica por Estado da amostra da pesquisa	157
Tabela 3 – Segregação da amostra por rendimento anual (2009)	158
Tabela 4 – Segregação da amostra por quantidade de leitos	158
Tabela 5 – Divisão da amostra de acordo com a quantidade de atendimentos em 2009	159

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1 - Índice de envelhecimento da população brasileira	19
Figura 2 – PIB per capta anual do brasileiro (2003-2006)	22
Figura 3 – Tendência de maior uso dos serviços de saúde da população brasileira	24
Figura 4 – Circunscrição dos domínios de desempenho do negócio	32
Figura 5 – Matriz de mensuração de desempenho de Keegan <i>et al.</i> (1989)	35
Figura 6 – A evolução da Avaliação de Desempenho como disciplina ao longo do tempo	40
Figura 7 – Pirâmide de desempenho de Cross e Lynch (1988)	58
Figura 8 – As quatro perspectivas do <i>Balanced Scorecard</i>	61
Figura 9 – Valor do capital intelectual e ferramenta de mensuração	65
Figura 10 – As perspectivas do <i>Skandia Navigator</i>	66
Figura 11 – Modelo de referência para o IPMS	70
Figura 12 – O Prisma de Desempenho	73
Figura 13 – Características para os indicadores de desempenho de organizações de saúde	85
Figura 14 – A organização hospitalar e o DEA	137
Figura 15 – Análise DEA para um conjunto de empresas	138
Figura 16 – Procedimentos adotados para a presente pesquisa	147

1 INTRODUÇÃO: O CONTEXTO BRASILEIRO DO SISTEMA DE SAÚDE E A NECESSIDADE DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO PARA O SETOR

“O homem passa a primeira metade da vida arruinando sua saúde e a outra metade para restabelecê-la”

(Joseph Leonard)

1.1 A avaliação de desempenho organizacional

A avaliação de desempenho de uma organização tem como premissa básica e primária, a avaliação de seus resultados. Esses resultados que são confrontados com as intenções das organizações (seus objetivos estratégicos) para se averiguar se o andamento dela está de acordo com o planejado e desejado. Por meio de um sistema de avaliação de desempenho, pode-se implementar e monitorar a estratégia da organização, estabelecendo um padrão de relação entre o objetivo proposto e os resultados obtidos (SIMONS, 2000). No mais, com sistemas de gestão e mensuração de desempenho, os gestores são capazes de alinhar as unidades e funcionários da organização em direção a um mesmo objetivo (KAPLAN; NORTON, 2006), além de conseguir usar as ferramentas de avaliação de desempenho como elo entre a gestão das estratégias organizacionais com a gestão das operações da organização (KAPLAN; NORTON, 2008).

Assim sendo, a primeira justificativa para uma avaliação de desempenho organizacional é utilizar um sistema de avaliação de desempenho para estabelecer relações entre o aspecto operacional e o aspecto estratégico. Além disso, um sistema de avaliação de desempenho deve também integrar as diferentes dimensões para que todas estejam consonantes com os mesmos objetivos organizacionais. Portanto, um sistema de avaliação de desempenho organizacional deve estabelecer uma análise da organização de forma global, de maneira a integrar todas as perspectivas relevantes da organização (SINCLAIR; ZAIRI, 2000).

Esse processo é complexo, principalmente na Era da Informação, em que há grande quantidade de informações para o gestor considerar nas suas tomadas de decisões, que envolvem diferentes perspectivas relacionadas à organização. Kaplan e Norton (1996a) afirmam que sistemas de gestão e medição de desempenho resultantes das estratégias e capacidades da organização são formas de garantir prosperidade no atual cenário da Era da Informação. Nesse contexto, as organizações que melhor saberem lidar e controlar essa

variedade de informações sobre seu desempenho são aquelas capazes de ter um controle mais robusto de suas atividades. Portanto, sistemas de mensuração de desempenho, tal como sistemas de administração de desempenho, auxiliam no controle da organização. Assim, por meio dessas iniciativas de controle, a organização é capaz de propor melhorias para seu negócio (HALACHMI, 2005), havendo melhorias de processo (AMARATUNGA *et al.*, 2001) e mantendo altos padrões de desempenho (COCCA; ALBERTI, 2010), além de atingir seus objetivos propostos (NANI *et al.*, 1990).

Dessa forma, a avaliação de desempenho serve como ferramenta para que os gestores sejam capazes de realizar periodicamente o controle gerencial das atividades do negócio (OLSON; SLATER, 2002) e checagem da saúde da organização (NEELY, 1998). A avaliação de desempenho monitora as atividades da organização e serve de parâmetro para identificar se ela está atingindo seus objetivos estratégicos e também para mensurar de forma exata esse desempenho, a fim de melhor gerenciá-lo. Existe a necessidade de modelos sejam capazes de servir de base para as tomadas de decisões dessa diversidade de organizações (TATICCHI, 2010).

No mais, é historicamente constituída uma demasiada orientação entre os estudiosos e práticos da área de Administração, em particular, daqueles da área de Controladoria e Auditoria, em que a mensuração, regulação e controle sobre as organizações são fundamentais, devendo-se quantificar indicadores capazes de suportar essas atividades de controle (POWER, 1997). Por isso a importância da mensuração de resultados no processo de avaliação de desempenho.

Concomitantemente a isso, sistemas estruturados direcionados a verificar o desempenho organizacional são importantes para facilitar ao gestor a identificação de causas do resultado obtido. Uma avaliação de desempenho traz consigo um respaldo pelo qual se atingiu determinado nível de desempenho e que, conseqüentemente, traz um motivo pelo qual a organização foi avaliada daquela maneira.

Portanto, de forma simplificada, a avaliação de desempenho é uma maneira pela qual a organização verifica e mensura se os objetivos traçados em seu planejamento estratégico estão sendo alcançados. Ou seja, é uma atividade para monitorar o andamento das atividades da organização de forma mensurável, confrontando esse resultado com os objetivos estabelecidos, e sendo capaz de identificar as causas que resultaram naquele desempenho.

Não obstante da sua utilidade para a administração de organizações e, em especial, para o uso gerencial nos dias de hoje, apresenta-se também um cenário em que a existência de diversas outras variáveis que também pressiona para existência de indicadores e sistemas de

avaliação de desempenho organizacional eficientes: (a) mudança da natureza do trabalho; (b) aumento da competitividade; (c) iniciativas específicas de melhoria e produtividade das atividades organizacionais; (d) advento de certificações; (e) mudança nos papéis organizacionais; (f) mudanças nas demandas externas; (g) advento das possibilidades oferecidas pela tecnologia da informação (NEELY, 1999).

Para corroborar a necessidade evidenciada da utilização dos modelos de avaliação de desempenho e a contextualização das organizações que impulsiona a adoção desses modelos de suporte ao gestor, a meta-análise realizada por Neely *et al.* (1995) identificou que acadêmicos e profissionais de diferentes áreas funcionais reconhecem a importância do assunto e tentam achar medidas e modelos capazes de suprir sua necessidade de avaliação de desempenho. Ou seja, os profissionais das áreas tanto acadêmicas quanto de mercado apelam aos modelos de avaliação de desempenho e entendem que eles podem auxiliá-los.

Assim sendo, estimulou-se o desenvolvimento de muitos modelos de avaliação de desempenho e eles passaram a encontrar terreno fértil para sua propagação diante dessas circunstâncias. Isso culminou em concentração de esforços acadêmicos, principalmente nas duas últimas décadas do século XX, para mensuração da avaliação de desempenho das organizações (LAVIERI; CARNEIRO DA CUNHA, 2009). Entretanto, mesmo diante do crescimento da área, o que se tem ainda é seu desenvolvimento sem uma linha estruturada consolidada entre os estudiosos (NEELY, 2005). Ainda que as discussões sobre mensuração de desempenho até meados da década de 1990 estiveram incessantemente presentes, poucas conclusões e definições foram atingidas (NEELY *et al.*, 1995).

Adicionalmente, neste cenário do final do século XX, o que foi comumente observado foi a instalação de uma “indústria” de indicadores de desempenho (MEYER; GUPTA, 1994), sem um respaldo científico desenvolvido e expandido suficientemente para dar validação universal aos diversos indicadores que vêm sendo desenvolvido. Diante disso, o que se observou foi o desenvolvimento científico de maneira desestruturada desse campo de estudo. Evidencia-se, portanto, se essa área de estudo está em fase de maturidade, dado que seus principais estudos de referência datam da década de 1990, sendo que aqueles de relevância publicados anteriormente a isso são mais voltados às metodologias de análise (NEELY, 2005).

Entretanto, por mais que estudos sobre mensuração de desempenho tenham crescido consideravelmente nos últimos anos, questionamentos sobre o tema ainda perduram entre os acadêmicos (NEELY, 1999; 2005), existindo ainda muito espaço para o avanço e desenvolvimento do campo de pesquisa (YOKOMIZO *et al.*, 2009). Portanto, depara-se com

uma evolução e busca de maturidade deste campo de estudo que trazem consigo a necessidade de resposta aos crescentes questionamentos e as demandas por aprofundamentos sobre o tema. Isso traz consigo lacunas naturais desse desenvolvimento para a comunidade acadêmica, que por sua vez, se vê diante de diversas oportunidades de estudo para a área.

Conseqüentemente, isso direcionou os estudos da área a diversas críticas e inaplicabilidade prática de muitos indicadores. Os modelos de avaliação de desempenho desenvolvidos até então ainda apresentavam problemas. Muito dos sistemas desenvolvidos por pesquisadores relativos à avaliação de desempenho organizacional apontaram como responsáveis pela variação do desempenho das empresas a existência de variáveis exógenas aos seus modelos, justificando essas mudanças através de variáveis inexoráveis e intratáveis que pressionavam e restringiam essa avaliação (MEINDL; EHRLICH, 1987). Na prática, tornou-se inevitável a demanda por modelos de avaliação de desempenho que pudessem ser mais concisos e apresentar melhores condições diante de seus propósitos. No entanto, boa parte dos modelos generalistas defrontava-se com dificuldades no seu processo de transposição às organizações dentro das particularidades da indústria e dos setores específicos da economia os quais elas pertenciam.

Essa busca por aplicações de modelos de avaliação de desempenho em indústrias específicas causa desconforto para a área, tal como alertam Yokomizo *et al.* (2009), porque a área se defronta com o *trade-off* entre especificidade e generalização, em que a construção de modelos e indicadores não consegue se balancear, porque existe o atendimento a uma dessas exigências em detrimento da outra. Ou seja, para um modelo ser generalizante, ele perde em contrapartida seu poder de previsão e compreensão de uma indústria específica, ficando limitado a uma idéia global sem consistência aplicada. Sendo o inverso também verdadeiro. Por isso, a avaliação de desempenho das organizações deveria abranger problemas específicos de cada tipo de organização (SOUZA; WILLIAMS, 2000) porque diferentes setores econômicos podem trazer consigo diferenças intrínsecas na concepção de avaliação de desempenho (HOURNEAUX JR., 2005). Nesse sentido, percebe-se a formação de uma linha de estudos no Brasil sobre avaliação de desempenho, em que iniciativas focadas em setores da economia ou nas especificidades de indústrias já vêm sendo desenvolvidos, como, por exemplo, os estudos sobre as organizações públicas (CORRÊA, 1986), e mais especificamente em prefeituras municipais (FEVORINI, 2010); a indústria química (HOURNEAUX JR., 2005; CORRÊA; HOURNEAUX JR., 2008) e de desenvolvimento de *softwares* (YOKOMIZO, 2009); além da avaliação de desempenho organizacional na concepção de franquias (LAVIERI, 2008; LAVIERI; CARNEIRO DA CUNHA, 2009).

Diante da emergência de perspectivas específicas para modelos de avaliação de desempenho organizacional, um dos setores que merece uma atenção especial é o das organizações de saúde. O estudo de meta-análise realizado por Neely (2005) aponta que existe uma quantidade significativa de estudos da área que envolve as organizações de saúde. Isso implica que existe a demanda por estudos da área aplicados às organizações de saúde, apesar de que os principais autores das áreas da Administração explicitadas por Neely (2005) pouco entraram nessa especificidade. Essa especificidade identificada pelo autor que está dentro do campo de estudo desta linha de pesquisa anda em paralelo com os estudos da Administração.

Ou seja, além da percepção da necessidade de modelos específicos a diferentes setores da economia, outra preocupação é da origem dos pesquisadores. Poucos são os pesquisadores específicos de cada área elaborando modelos de desempenho sob suas especialidades. A meta-análise realizada por Neely (2005) nos estudos da área de mensuração de desempenho demonstra que os principais autores do tema, apesar de serem provenientes de diferentes áreas do conhecimento, concentram-se em estudos na área de Estratégia das organizações.

Percebe-se, portanto, que existe uma oportunidade de estudo para que se apliquem conceitos de Avaliação de Desempenho e de Estratégia dos principais modelos existentes na evolução da área para as organizações de saúde e não simplesmente a transpor modelos prontos, como é o caso já citado do *Balanced Scorecard*. Torna-se evidente a necessidade em se unir essas duas vertentes dos estudos de avaliação de desempenho organizacional.

1.2 A avaliação de desempenho organizacional em organizações de saúde: O caso brasileiro

Diante do exposto, evidencia-se e justifica-se a necessidade da elaboração estruturada de modelos de avaliação de desempenho em organizações de saúde. Torna-se fundamental avaliar e controlar o andamento dessas organizações. Por isso, modelos de avaliação de desempenho são importantes nesse contexto e devem ser estruturados sob uma visão organizacional abrangente.

1.2.1 Controle gerencial das organizações de saúde

Grande parte dos profissionais de saúde entende que as organizações nas quais trabalham têm uma gestão ineficiente (VLASTARAKOS; NIKOLOPOULOS, 2007), o que

demonstra a necessidade da criação de modelos de gestão capazes de auxiliar no gerenciamento e monitoramento das organizações de saúde. Ainda mais porque modelos de avaliação de desempenho são capazes de gerar valor incremental às organizações de saúde, acima até das expectativas prévias da implementação do modelo (INAMDAR *et al.*, 2002)¹. Há a demanda por uma gestão capaz de lidar com a escassez de recursos da forma mais eficiente possível.

No mais, a existência de uma ferramenta de gestão e avaliação de desempenho em uma organização de saúde pode auxiliá-la a estruturar sua estratégia. Essa formulação estratégica de uma organização de saúde é importante porque como ela vive num ambiente conflituoso e de constantes transformações, seus gestores devem estar cientes das capacidades da organização e da direção a qual ela está inserida, dadas predições sobre o ambiente futuro (ZUCKERMAN, 2000). Essa prática de realizar uma avaliação de desempenho sistemática é fundamental para se estabelecer um processo de controle e monitoramento da organização. De acordo com Silva e Formigli (1994, p. 87): “A incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde poderia propiciar aos gestores as informações requeridas para a definição de estratégias de intervenção”.

Por isso, a avaliação de desempenho é um ponto chave para as organizações de saúde monitorarem seu andamento e poderem deter-se de informações quantitativas precisas para gerenciar pontos de melhoria. É uma forma de controlar a qualidade do serviço de saúde prestado como um todo através de indicadores que apontam pontos falhos ou que requerem melhorias. Esse comportamento crítico de análise de qualidade, equidade e eficiência possibilita que as organizações de saúde criem bases sólidas de análise que servem de ponto de partida para buscar melhores resultados e melhor desempenho (VIACAVA *et al.*, 2004).

1.2.2 Atendimento das demandas externas

No mais, é importante destacar que essas medidas de desempenho das organizações de saúde são importantes não apenas para o aspecto gerencial delas, mas também para referências dos agentes externos envolvidos com elas. Por exemplo, fontes pagadoras e órgãos acreditadores (nacionais e internacionais) pautam-se em indicadores de avaliação para suas análises e tomadas de decisões perante determinada organização de saúde (SILVA; NORA, 2008). Isso se reforça porque existe um histórico da década de 1970 e 1980 em que a maioria

¹ Inamdar *et al.* (2002) verificaram essa constatação através da implementação do *Balanced Scorecard* em nove organizações de saúde.

das organizações de saúde que não foi bem sucedida em adotar programas de excelência de serviços prestados e estão novamente tentando buscar esses padrões de operacionalização (SCOTT, 2001), o que se reflete hoje em desconfiança e pouca percepção de previsibilidade proveniente desses agentes externos. Os indicadores são formas usadas para evitar esse tipo de desconfiança por parte dos agentes externos.

A análise desses indicadores ganha ainda mais relevância quando se percebe a existência de diversos *stakeholders* interessados em avaliação de desempenho dessas organizações. Diante disso, diversos foram os esforços de pesquisa para avaliar o desempenho da área de saúde, em iniciativas que focaram desde a avaliação dos aparatos tecnológicos inseridos nas organizações de saúde (*e.g.* KAPLAN, 1997), a avaliação econômica de programas de saúde (*e.g.* DRUMMOND *et al.*, 2005), até os serviços hospitalares (*e.g.* NOVAES, 2000) propriamente ditos. Portanto, fica evidente que para se a construção de um modelo de avaliação voltado ao setor de saúde é uma demanda eminente dos diversos *stakeholders* da área.

No entanto, é complexo conseguir-se manter o equilíbrio de satisfação entre todos os envolvidos no sistema de saúde. Tem-se uma sistemática de funcionamento em que o favorecimento de um dos elos envolvidos acarreta em contrapartida no desfavorecimento de outro. Emerge-se um ambiente ao qual há um descontentamento generalizado de todos os envolvidos com o sistema de saúde:

Ninguém está feliz com o atual sistema – nem os pacientes, que se preocupam com o custo do seguro e com a qualidade dos tratamentos; nem os empregadores, que arcam com apólices mais onerosas e funcionários insatisfeitos; nem os médicos e demais prestadores, com rendimentos reduzidos, pareceres ignorados e dias de trabalho sobrecarregados de papelada burocrática; tampouco os planos de saúde, sempre criticados; tampouco os fornecedores de medicamentos e equipamentos, que lançaram várias terapias que salvam ou melhoram a vida, mas são acusados de provocar a elevação dos custos; e tampouco o governo, cujos orçamentos estão fugindo do controle (PORTER; TEISBERG, 2007, p. 19).

Diante desses conflitos, tem-se que a avaliação de desempenho no Brasil deve abranger um sistema de saúde que seja ao mesmo tempo desejável e economicamente acessível ao país (AZEVEDO, 1991), capaz de satisfazer os diversos atores envolvidos nessa sistemática.

Por mais que serviços médicos e hospitalares sejam considerados o maior, mais caro e mais glamoroso componente da indústria de saúde, eles representam apenas uma parte dos *inputs* do sistema de saúde (SCHULZ; JOHNSON, 1976). Para os autores, o hospital poderia

assumir o papel de identificar as necessidades de serviços de saúde da comunidade a qual ele atende.

Portanto, a avaliação de desempenho do setor de saúde é um elemento importante para as organizações de saúde e todos seus *stakeholders*. A própria divulgação do relatório de desempenho que uma organização de saúde publica ou tem publicado ao seu respeito, impacta diretamente na sua qualidade percebida, na sua participação de mercado (principalmente quando privado) e na sua reputação (HIBBARD *et al.*, 2005). Isso faz com que a organização de saúde seja mais bem vista e mais requisitada pelo seu público. Não há como negar a importância da avaliação de desempenho das organizações de saúde para todos aqueles que estão envolvidos com elas.

Outro problema que as organizações de saúde se deparam e que são um desafio para os administradores da área é a mensuração da qualidade dos serviços prestados. Os modelos de avaliação de desempenho podem ser uma forma de mensurar essa qualidade. Buscando essa avaliação, os estudiosos da Administração vêm frequentemente se apoiando nos conceitos da Administração da Qualidade, em especial, a TQM (*Total Quality Management*), aplicados às organizações de saúde (MALIK, 2006) para dar um parecer sobre a qualidade das organizações de saúde.

1.2.3 Acreditação e certificação das organizações de saúde

Uma das maneiras consagradas pela qual a organização de saúde é observada e vista pela sociedade, em especial, pelos seus *stakeholders*, é através das certificações emitidas por instituições terceiras especializadas em auditoria hospitalar. Essas certificações são formas objetivas de apontar que existe uma estrutura e funções dedicadas à busca de qualidade (COUTO; PEDROSA, 2007b) e utiliza ferramentas metodológicas reconhecidas como eficazes no campo de avaliação (ALVES, 2009). A certificação mais comum é a ISO 9000. Quando itens específicos para o funcionamento da organização de saúde existem, fala-se que em acreditação.

Percebe-se que a idéia de acreditação no Brasil foi oriunda das iniciativas de avaliação de desempenho sobre a qualidade dos serviços prestados das organizações de saúde. Essa avaliação da qualidade das organizações de saúde não é uma novidade para no Brasil. As primeiras iniciativas nacionais para avaliação de instituições hospitalares surgiram na década de 1940, tendo uma evolução de maior ou menor preocupação ao longo dos anos (SCHIESARI; KISIL, 2003). O assunto ganhou significativa relevância e obteve considerável

atenção dos profissionais a partir da década de 1990, quando instituições acreditadoras (destaque para a criação da Organização Pan-Americana de Saúde) passaram a certificar hospitais brasileiros (SCHIESARI; KISIL, 2003). Essas iniciativas culminaram no desenvolvimento e no reconhecimento dos certificados e creditações das organizações hospitalares.

Conforme afirmam Couto e Pedrosa (2007b), no Brasil, essa acreditação é feita por diversos programas. Os autores destacam as seguintes creditações:

- Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (PBAH): coordenado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e desde 2003, a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) atua como entidade parceira nesse processo, em que um dos objetivos é o desenvolvimento e implementação de indicadores entre as organizações de saúde do Brasil para a comparação entre elas, analisando fatores relacionados à estrutura, processos e resultados dessas organizações;
- Programa de Controle da Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar (CQH): coordenado pela Associação Paulista de Medicina (APM) e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp). As medidas de avaliação desse programa estão associadas ao Prêmio Nacional de Qualidade (PNQ) cujos oito critérios de avaliação são: liderança; estratégia e planos; clientes; sociedade; informação e conhecimento; pessoas; processos; resultados da organização;
- Programa do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA / JQI): esse programa que é administrado pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA), teve congruência com a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) e por isso, adotou o mesmo formato estrangeiro adequado à realidade brasileira. Esse programa avalia 11 dimensões: Acesso a Continuidade do Cuidado; Direitos do Paciente e Familiares; Avaliação do Paciente; Cuidados ao Paciente; Educação dos Pacientes e Familiares; Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente; Prevenção e Controle de Infecções; Governo, Liderança e Direção; Gerenciamento do Ambiente Hospitalar e Segurança; Educação e Qualificação de Profissionais; Gerenciamento da Informação.

Evidencia-se que existe, portanto, o desenvolvimento de indicadores para monitorar as atividades das organizações de saúde para gestão da qualidade hospitalar na busca de suas creditações e certificações (SCHIESARI; MALIK, 2006b). Portanto, essas iniciativas já se apresentam como formas estruturadas de avaliação de desempenho organizacional (voltado à qualidade hospitalar), demonstrando haver no contexto nacional uma precedência à existência

de indicadores e modelos de avaliação de desempenho das organizações de saúde. Isso indica que uma organização de saúde que quer manter-se acreditada e qualificada deve desenvolver sistemas de avaliação para monitorar seu desempenho (HELITO, 2006).

Não obstante, esses programas pressionam as organizações de saúde do país a obterem creditações para que elas possam ter condições de competir com as demais organizações hospitalares em termos de processos e de imagem organizacional, além de criar parâmetros de comparação que podem favorecê-la. Por isso, a busca por acreditação e certificação por parte das organizações de saúde passa a ser uma realidade dentro do cenário nacional, possibilitando às organizações de saúde gerar uma imagem capaz de destacá-la perante as demais.

Esses fatores levam a crer que a avaliação de desempenho organizacional, mesmo que de forma específica e direcionada para acreditação e certificação, já demonstram a demanda e a necessidade pela estipulação de modelos de avaliação de desempenho organizacional para as organizações de saúde brasileiras.

1.2.4 Características socioeconômicas

1.2.4.1 O envelhecimento da população nacional

Outro fator do cenário nacional que remete à crescente busca pelos serviços hospitalares e aponta para a crescente importância do setor de saúde é o envelhecimento da população brasileira. Esse envelhecimento que se verifica através de dois dados específicos. O primeiro é a própria expectativa de vida do brasileiro que vem se demonstrando crescente nos últimos Censos Demográficos realizados pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa). Sobre isso, a Rede Interagencial de Informação para a Saúde (2008, p. 89) relata que:

A esperança de vida aos 60 anos de idade vem aumentando progressivamente em todas as regiões brasileiras, em ambos os sexos. Os idosos da região Nordeste apresentam a menor esperança de vida, independentemente do sexo. Em todas as regiões observa-se uma sobremortalidade masculina (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008, p. 89).

O segundo fator que reforça a conclusão de que existe um envelhecimento da população brasileira é o indicador de natalidade da população brasileira. Para corroborar esses dados, o SIM (Sistema de Informação sobre a Mortalidade) indica que com o passar dos

anos, a proporção de mortes na infância perante o total de óbitos no país diminuiu, enquanto as dos indivíduos com mais de 60 anos aumentou (SVS, 1990; 1995; 2000; 2004 *apud* REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008)². Isso demonstra um deslocamento da mortalidade para as faixas etárias mais altas, o que reitera a existência de maior taxa de vida no Brasil, dado que existe redução da mortalidade infantil concomitantemente ao aumento da expectativa de vida da população brasileira, em um balanço em que a longevidade dos indivíduos é incrementada.

Portanto, dada existência de um aumento da taxa de esperança de vida da população brasileira, aliada ao fato de que há um índice crescente de natalidade no país, que não cresce na mesma proporção que a taxa de esperança de vida, induz-se a existência de um envelhecimento da população brasileira.

Conseqüentemente, esses eventos expostos refletem nos dados do Censo Demográfico, que reafirmam existir um envelhecimento da população quando se constata de fato um aumento da proporção de idosos na população nacional. Segundo esses dados, no ano de 1991 a população idosa representava 21% da população nacional, enquanto em 2005 representava 33,9% de todos os cidadãos brasileiros (IBGE, 1991; 2005) *apud* Rede Interagencial de Informação para a Saúde (2008).

Figura 1 – Índice de envelhecimento da população brasileira

FONTE: Adaptado de IBGE, 1991; 1996; 2000; 2005 *apud* REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008³.

² SVS (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE). SIM (Sistema de Informação sobre a Mortalidade). 1990; 1995; 2000; 2004.

³ IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). Censo Demográfico. 1991; 1996; 2000; 2005.

Essa quantidade proporcional de idosos crescente na população brasileira traz consigo algumas consequências para o sistema de saúde, dado que essas pessoas são os que mais recorrem aos serviços médicos e hospitalares. Portanto, deve haver um preparo por parte do sistema de saúde do país para receber e atender essa crescente demanda por serviços de saúde.

1.2.4.2 Aumento do poder aquisitivo da população nacional

Não bastando apenas o envelhecimento da população brasileira, é importante ressaltar diante dessa perspectiva para o futuro de que os gastos e, conseqüentemente, a demanda por serviços de saúde, também tendem a aumentar em decorrência do maior poder aquisitivo da população nacional. Tem-se um panorama instalado no país em que grande parte dos gastos com saúde parte das famílias brasileiras com maior poder aquisitivo. Silveira *et al.* (2002) apontaram que os 30% mais ricos da população são responsáveis por 90% dos dispêndios com saúde no Brasil, sendo que essa classe mais rica gasta uma proporção do salário menor com a saúde.

Dados do IBGE (2008a) apontam que em 2005, os 10% mais ricos desembolsaram através de despesas monetárias com assistência à saúde, em média, R\$376,00 mensais per capita, enquanto os 40% mais pobres desembolsaram R\$28,02. No entanto, é importante expressar outra dessemelhança entre esses dois grupos apontando a Pesquisa de Orçamentos Familiares do IBGE (2007), dado que os 10% mais ricos tem como gastos em saúde mensal R\$432,67, sendo então R\$73,53 custeados por outras maneiras (serviços públicos, doações, etc.), o que representa que aproximadamente 83% dos gastos de saúde dessa população são pagos por despesas monetárias. Por outro lado, os 40% mais pobres, dos R\$63,49, apenas R\$28,02 são desembolsados pelas próprias famílias via despesa monetária, sendo que 55,68% desse montante (R\$35,47) são pagos por outras fontes (serviços públicos, doações, etc.).

Tabela 1 – Gastos familiares mensais com assistência à saúde no Brasil (2002-2003)

	Valor total	Despesas monetárias	Despesas não-monetárias
10% mais ricos	R\$432,67	R\$376,00	R\$73,53
40% mais pobres	R\$63,49	R\$28,02	R\$35,47

FONTE: Adaptado de IBGE, 2007, pp. 231-232.

Estratificando de forma diferente o nível sócio-econômico das famílias brasileiras, os mesmos dados da POF (Pesquisa de Orçamento Familiar) de 2003 apontam essa discrepância de forma mais acentuada. As famílias com renda mensal inferior a 400 reais gastam 4,08%

(equivalente a 18,54 reais) da sua renda com saúde, enquanto para as famílias com renda superior a 6.000 reais, os gastos com saúde representam aproximadamente 5,62% (equivalente a 489,94 reais) de sua renda (IBGE, 2003).

Desses valores apresentados pela POF (Pesquisa de Orçamento Familiar), tem-se que os mais favorecidos financeiramente concentraram seus gastos com saúde em planos de saúde, enquanto a maioria dos gastos dos menos favorecidos foi com medicamentos (IBGE, 2008a). Isso indica que não apenas os mais ricos gastam mais com saúde, como eles conseguem ter um amparo assistencial maior com planos de saúde e com medicina preventiva. Enquanto os mais pobres tendem a gastar menos com saúde (apesar de ter maior proporção de renda alocada a isso) e isso indica ser com tratamentos (medicamentos), ou seja, em caráter corretivo. Segundo o IBGE (2007a):

frações tão mais expressivas de despesas com medicamentos nos segmentos mais pobres da população, podem estar sinalizando para uma fragilidade das condições de saúde destes grupos populacionais, uma vez que o maior consumo de medicamentos é um sensível indicador de doenças (IBGE, 2007, p. 222).

Adicionalmente, ainda segundo o IBGE (2007, p. 221): “é possível afirmar que as grandes carências na oferta de serviços públicos de saúde e, destacadamente, de procedimentos de alta complexidade, são sentidas muito fortemente pelas camadas mais pobres da população”. Portanto, tem-se uma realidade em que os gastos com saúde no país estão ainda concentrados na população mais favorecida financeiramente.

Assim sendo, leva-se a crer que com a tendência de crescimento do PIB brasileiro acompanhada do aumento do PIB *per capita* no Brasil (IBGE, 2008b), a fronteira de gastos com saúde daqueles que detêm menor poder aquisitivo tende a aumentar, fazendo com que mais pessoas recorram aos sistemas de saúde diante de maior respaldo financeiro para tal. Nominalmente, a renda *per capita* do brasileiro aumentou de 2003 a 2006, conforme Figura 2 a seguir. Importante incrementar que esse aumento do PIB *per capita* é maior que o aumento da inflação do período apresentado⁴, o que representa um aumento real da renda *per capita* do brasileiro e que pode indicar um aumento do poder aquisitivo da população brasileira.

⁴ Dados do IBGE (2009) apontam que a taxa de inflação acumulada no ano (calculada pelo IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) foi: 2004: 7,57%; 2005: 5,69%; 2006: 3,26%, valores esses menores que as taxas de crescimento do PIB *per capita*, o que representa, portanto, um crescimento real do poder aquisitivo médio da população brasileira.

Figura 2 – PIB *per capita* anual do brasileiro (2003-2006)

FONTE: Adaptado de IBGE, 2008b.

Aliado a isso, pode-se observar o sistema de saúde nacional em termos de política na modernidade. Médici (1992) afirma que a primeira fase dela, que perdurou até meados do século XIX, seguiu o modelo assistencialista em organizações múltiplas (distribuição de alimentos, educação, proteção às crianças, etc.) e sob financiamento de recursos fiscais e doações. Para o autor, integravam-se as políticas de saúde com outras políticas sociais. Numa segunda fase, o modelo previdencialista que era financiado pelas contribuições sociais descontadas em folha de pagamentos, garantindo assim saúde e previdência aos indivíduos. Posteriormente, os modelos assistencialistas e previdencialistas juntaram-se na segunda metade do século XX, dando origem ao modelo universalista de atendimento à saúde, no qual se refletiu na constituição nacional de forma que todo cidadão brasileiro teria direito de atendimento à saúde. Assim, com o advento do modelo universalista de atendimento à saúde no Brasil, as organizações de saúde como um todo sofreram ainda mais com a escassez de recursos frente à maior demanda por atendimento, o que estressou o gerenciamento dessas organizações e afeta o desempenho delas. Por isso, ter instrumentos para gerenciar e controlar o desempenho dessas organizações passa a ser fundamental para o monitoramento de suas atividades, tal como para a busca de maior eficiência na sua gestão.

Além da tendência universalista de atendimento à saúde, constata-se que o gasto público com saúde representa uma considerável proporção do PIB nacional, sendo que esse gasto aumentou de 3,1% em 2000 para 3,7% em 2004, o que em termos absolutos *per capita* representa 201 reais em 2000 e 358 reais em 2004 (SIOPS⁵; IBGE⁶ *apud* REDE

⁵ Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS): gastos municipais e estaduais com saúde em 2000 e 2004.

INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008). Ou seja, existem dois fatores que impulsionam maiores gastos com saúde no país: 1) maior renda *per capita* da população brasileira que possibilita maiores gastos com saúde; 2) maiores gastos públicos *per capita* com saúde.

Como resultado desses elementos apresentados, os dados do IBGE (2008a) mostram que a indústria de saúde é crescente no país⁷. Segundo esses dados, de 2000 para 2005, o crescimento em termos de moeda nominal das atividades de saúde aumentou em 88%. Isso demonstra uma maior atividade do setor e do aumento dele na economia nacional. Nesse mesmo período, o setor de saúde foi responsável por mais de 4% do total de postos de trabalho no Brasil.

Concomitantemente ainda, essa série de fatores apresentados sustenta as projeções para o futuro que aponta a uma tendência evolutiva da população brasileira que deve direcionar mais gastos ao setor da saúde diante do aumento da procura desses serviços. Sobre isso, Kilsztajn *et al.* (2003) defendem haver uma tendência em que a proporção do PIB brasileiro direcionado ao gasto com saúde deve aumentar consideravelmente até 2050.

Em decorrência do envelhecimento da população e da variação do nível da renda do país até meados do século XXI (considerando-se um crescimento médio do rendimento *per capita* de 2,5% ao ano), a demanda por serviços de saúde para consultas médicas deverá crescer 59%, para exames, 96%, para tratamentos, 122%, e para internações, 39%.

Em relação ao gasto com saúde, o envelhecimento da população deverá acarretar um aumento do gasto com saúde em relação ao PIB (...). Estas projeções devem ser entendidas como uma sinalização das mudanças que estão em curso no Brasil, e servir de suporte para o planejamento e para a adaptação da oferta à demanda por serviços de saúde no país (KILSZTAJN *et al.*, 2003, p. 106).

Portanto, essas mudanças do perfil demográfico e socioeconômico da população brasileira, tendem a gerar maior procura por serviços de saúde (maiores gastos). Todas essas evidências comprovam que existe uma tendência de maior apelo da população brasileiro ao acesso aos sistemas de saúde, conforme sintetizado na figura a seguir:

⁶ IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA): Contas Nacionais referentes a 2000 e 2004.

⁷ O intuito desse levantamento é mostrar uma relação causal do que impulsionou a indústria de saúde brasileira e não mensurar o quanto esses fatores estão relacionados ao desenvolvimento dessa indústria.

Figura 3 – Tendência de maior uso dos serviços de saúde da população brasileira

Conseqüentemente, existe maior demanda pelos serviços de saúde, o que gera, em contrapartida, maior pressão sofrida pelas organizações de saúde a proporem métodos de estabelecerem maior transparência e controle de suas atividades. Portanto, é inevitável que a crescente demanda pelos serviços de saúde acarrete em maior relevância das organizações de saúde para a sociedade brasileira, o que coloca o controle e o monitoramento da eficiência dessas instituições são colocados em cheque. Por isso, é fundamental que exista um sistema de avaliação de desempenho para as organizações de saúde a fim de se manter o controle para a eficiência e o bom desempenho dessas instituições que são fundamentais para a sociedade.

Todos esses elementos agindo de forma conjunta fazem com que cada vez mais exista a cobrança social por maior quantidade de organizações de saúde e que elas tenham mais qualidade no serviço prestado. Nesse contexto, poder-se-ia entender que a qualidade é produto inerente do processo de competição privada ou premiação pública que tende a existir diante da quantidade crescente de organizações de saúde. No entanto, deve-se ter em mente que a qualidade não agiria apenas como um elemento de diferenciação competitiva, mas também como fator de valorização da organização médica por boa parte da população usuária do sistema de saúde do país.

1.2.5 Necessidade de melhor atendimento e qualidade

Ainda que os recursos destinados ao setor de saúde tenham aumentado ao longo dos anos no Brasil, eles ainda são escassos e desafiam os gestores hospitalares a encontrar uma equação eficiente, capaz de balancear da melhor forma possível as diversas perspectivas das

organizações de saúde. Essas limitações dos financiamentos para as organizações de saúde acarretam na necessidade em se encontrar formas eficientes de se administrar os recursos escassos (AKTAŞ *et al.*, 2007). Deve haver, portanto, um controle intenso sobre os recursos escassos nesse contexto, o que exige um serviço médico adequado e tomado de decisões baseadas planejamento e gestão dos recursos (HARPER, 2002).

Esse contexto de escassez traz consigo deficiências no setor da saúde e, conseqüentemente, a demanda por melhorias na qualidade dos serviços prestado dessas organizações. Por isso, não é nenhuma surpresa que a qualidade dos serviços de saúde em todo o mundo necessite de melhorias (RUBIN *et al.*, 2001). Essa preocupação é válida para o Brasil também quando se observa trabalhos como o de Ybañez *et al.* (2006) que apontam que no Brasil (especificamente numa amostra do Estado de São Paulo) os profissionais julgam o atendimento de saúde apenas razoável ou de pouco satisfatório, enquanto 50% dos usuários julgam esse atendimento pouco satisfatório. Diante disso, torna-se evidente que o caso nacional exige uma atenção especial para que haja algum tipo de avaliação de desempenho estruturada e fidedigna nas organizações de saúde porque de acordo com La Forgia e Couttolenc (2009, p. 3):

na grande maioria dos hospitais brasileiros, o desempenho deixa a desejar, o que é particularmente verdade em unidades que atendem à população carente. Nelas, falta informação, a baixa qualidade do atendimento é sempre notícia, a produtividade é minada pela ineficiência e a responsabilização (*accountability*) é obscura. Muitos estão em desacordo com a legislação sanitária brasileira. Essas unidades têm dificuldades em se adaptar a mudanças, fazendo uso de práticas e métodos ultrapassados (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009, p. 3).

Ou seja, hospitais de atendimento à população carente e que é subsidiado pelo governo, costumam ter condições de funcionamento mais precário e seus desempenhos tendem a ser menos razoáveis. No entanto, em contrapartida, tem-se um cenário nacional em que existem organizações de saúde de alto desempenho e que conseguem as principais certificações nacionais e internacionais. Esse contraponto brasileiro faz com que La Forgia e Couttolenc (2009, p. 3) aleguem que:

as evidências apontam cada vez mais para amplas variações na qualidade, na produtividade e nos custos nos hospitais brasileiros. À luz dessa evidência, cresce a demanda para que formuladores de políticas e atores do setor entendam os fatores presentes pro trás de tais disparidades, a estrutura de incentivos que as produzem e, o mais importante, ofereçam soluções viáveis para corrigir essas deficiências (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009, p. 3).

Dado que então que as organizações de saúde brasileiras têm desempenho bastante discrepante, faz-se necessária a criação de indicadores capazes de auxiliar o monitoramento do desempenho dessas organizações e a identificação dos problemas a serem solucionados para melhor performance. Tem-se, portanto, por um lado, a busca de eficiência da aplicação dos recursos nacionais para hospitais de atendimento público (BONACIM; ARAUJO, 2009), enquanto por outro lado, o gerenciamento e monitoramento das organizações de saúde privadas. Por isso, grande parte dos hospitais brasileiros utiliza-se de indicadores para auxiliar seu gerenciamento (MALIK; TELES, 2001), no entanto, esses indicadores desenvolvidos na prática não são padronizados entre os hospitais e tão pouco são desenvolvidos dentro de padrões científicos que garantam sua robustez. Por isso, a importância em se desenvolver indicadores de mensuração de desempenho para as organizações de saúde no Brasil.

Apesar disso, muitas iniciativas já foram desenvolvidas nesse sentido, porém, poucas desenvolvendo conceitos de avaliação global de desempenho da organização específicos para esse tipo de organização. Existe a necessidade de haver um modelo estruturado para avaliação de desempenho de organizações de saúde para que todos os *stakeholders* possam se satisfazer com a avaliação de desempenho dessas organizações.

1.3 Transposições de modelos industriais de avaliação de desempenho para as organizações de saúde

Para Kazandjian e Lied (1999), é importante haver cuidado porque muitos acadêmicos e profissionais já utilizaram da aplicação de modelos industriais para a mensuração de desempenho de organizações de saúde. Isso fez com que houvesse por algum tempo a percepção de que aplicação de modelos industriais às organizações de saúde seria possível em decorrência da vasta aceitação conceitual de que uma organização médica era também uma organização produtiva, mesmo que de bens sociais. Assim, a avaliação de desempenho para a indústria produtiva e as organizações de saúde por muito tempo passou a ser vista sob a mesma perspectiva.

Modelos de avaliação organizacional podem ser importantes para as organizações de saúde, no entanto, a aplicação desses modelos deve ser realizada de forma cautelosa. O modelo deve ter a capacidade de compreender as variáveis da realidade e do contexto específico das organizações de saúde. Por mais que manuais de aplicação desses modelos às instituições de saúde (e.g. COUTO; PEDROSA, 2007a) possam ter sua importância em

termos didáticos e para compreensão do tema, deve haver cuidado nessa transposição de modelos. *i.e.* não se pode fazer uma transposição de modelos pré-definidos e validados pela administração geral sobre a avaliação global para a gestão de serviços de saúde, porém, podem-se adaptar e reestruturar esses modelos conforme a realidade das organizações de saúde.

Portanto, isso significa que para se elaborar um modelo de avaliação organizacional para organizações de saúde, não basta apenas aplicar modelos de avaliação consagrados para a realidade do hospital, como, por exemplo, o *Balanced Scorecard* (BSC) desenvolvido por Kaplan e Norton (1992). As perspectivas preconizadas por estes autores não correspondem às dimensões de análises relevantes para as organizações de saúde contemporâneas (SCHIESARI; MALIK, 2006). O BSC incorre de problemas quando implementado numa organização de saúde, trazendo consigo melhorias de caráter, principalmente, estratégico, mas em contrapartida, traz consigo também críticas. Correa *et al.* (2009), por exemplo, identificaram em duas organizações de saúde brasileiras que o BSC negligencia o aspecto cultural das organizações de saúde e é aplicado de forma a manter demasiadamente o foco no aspecto financeiro.

Essas evidências apontam que a transposição de modelos às organizações de saúde, em especial, o *Balanced Scorecard*, é algo que já foi bastante explorado (*e.g.* BAKER; PINK, 1995; SAHNEY, 1998; CASTAÑEDA-MENDEZ *et al.*, 1998; PINK *et al.*, 2001; PROTTI, 2002; INAMDAR *et al.*, 2002; CHOW-CHUA; GOH, 2002; ZELMAN *et al.*, 2003; CERETTA; QUADROS, 2003; BORBA, 2006; CHEN *et al.*, 2006; YANG; TUNG, 2006; JUNG; JACQUES, 2006; PROCHNIK; FONSECA, 2006; COUTO; PEDROSA, 2007a; SWAYNE *et al.*, 2008; CORREA *et al.*, 2009) e tem se demonstrado limitante dado que estas organizações detêm especificidades que vão além das perspectivas de análise do modelo de Kaplan e Norton (1992). Os problemas relacionados à implantação adaptativa de modelos, tal como a dificuldade de incorporação das ferramentas gerenciais num ambiente característico de controle voltado à operacionalização e nem tanto à estratégia, faz com que modelos como esse existam para poucas organizações de saúde (*e.g.* PROCHNIK; FONSECA, 2006).

No entanto, mesmo diante das críticas, não se pode descartar a importância que estes modelos tiveram para a reorganização do planejamento estratégico das organizações de saúde e da preocupação com métricas financeiras (custos) que auxiliaram na gestão das mesmas. Modelos, como o citado BSC no caso, podem trazer, segundo Lorden *et al.* (2008), melhor transparência e clareza dos processos e atividades administrativas para a gestão dessas organizações, apoio à liderança por parte dos demais envolvidos com os objetivos da

organização no intuito de se atingi-los de forma eficaz e a importância de se ter esses modelos no suporte da organização em circunstância turbulentas. Ainda, o BSC pode incentivar a melhoria de processos, tal como a dar suporte a um melhor desempenho das organizações hospitalares (CHEN *et al.*, 2006) e pode ter resultados superiores àqueles esperados pelos seus implementadores (INAMDAR *et al.*, 2002). No mais, abordagens como as do BSC puderam trazer à área de gestão de organizações de saúde a preocupação com as métricas e indicadores financeiros e de qualidade, fatores esses que a área era carente e estes modelos puderam auxiliar a suprir uma lacuna existente (FORGIONE, 1997).

Complementarmente, ainda considera-se haver espaço considerável no campo de estudos aplicados ao setor de saúde para a melhoria do rigor metodológico tanto do desenvolvimento de indicadores quanto da aplicação destes no campo, na prática (BOYCE, 2002). Isso gera uma oportunidade de estudo para a melhoria e o avanço dos estudos nesse sentido. Criar modelos de avaliação organizacional específicos para as organizações de saúde, com preceitos oriundos da Administração é uma necessidade da área de gestão de organizações de saúde.

No entanto, por mais que algumas mobilizações direcionadas à tentativa de se criar medidas de performance para as organizações de saúde já tenham sido instauradas, um dos desafios dos sistemas de saúde vem sendo o de promover medidas de desempenho que realmente consigam apresentar incrementos reais nos serviços prestados (THOMSON; LALLY, 2000). Principalmente porque pode haver aspectos dos cuidados em saúde que não foram avaliados em estudos prévios, tal como já se denotou na década passada (McGLYNN; ASCH, 1998) e que podem perdurar atualmente em decorrência de novos contextos e desafios encarados pelo setor. Ou seja, pode haver elementos e considerações relevantes para o estudo da avaliação de desempenho organizacional dos hospitais e organizações de saúde que potencialmente podem oferecer avanços e melhorias a esse campo de estudo.

1.4 Objetivo

O objetivo primário do presente estudo é **desenvolver um modelo organizacional para avaliação de desempenho dos hospitais filantrópicos e, a partir desse modelo, comparar a eficiência das organizações participantes da amostra**. Com esse modelo teórico validado por especialistas, por meio de método Delphi, pretende-se estabelecer um cenário comparativo entre as diferentes organizações da amostra estabelecida, tal como um

índice capaz de diferenciar o grau de eficiência realizada pelas organizações de saúde abordadas. Esses cálculos de eficiência serão suportados por uma estratégia de pesquisa quantitativa, realizada pelo método de análise envoltória de dados.

Não obstante, o presente modelo pretende: (a) definir as dimensões relevantes para uma avaliação global, e não focada apenas em uma perspectiva, para o setor de saúde, em especial, os hospitais filantrópicos especificamente; (b) estabelecer indicadores capazes de explicar cada uma das dimensões criadas; (c) estabelecer um padrão de comparação não apenas *peer-to-peer*, mas de organizações do setor de diferentes tamanhos; (d) identificar pontos de melhoria de desempenho por incremento de eficiência das organizações de saúde estudadas.

1.5 Estruturação do estudo

A presente proposta de estudo organizou-se em seis grandes sessões. Primeiramente, realizou-se um resgate histórico dos principais modelos de avaliação de desempenho para se fosse possível extrair os elementos-chave da avaliação de desempenho de cada um. No segundo capítulo, realizou-se um levantamento dos fatores relevantes e necessários para uma avaliação de desempenho específica às organizações de saúde. No terceiro tópico, uma aplicação dos conceitos de avaliação de desempenho foi feita sobre as demandas de avaliação de desempenho das organizações de saúde, o que resultou num modelo proposto pela presente pesquisa. Na quarta seção, as escolhas e procedimentos metodológicos são apresentados. Posteriormente, no quinto capítulo, os resultados da pesquisa empírica são apresentados e, posteriormente, no sexto capítulo, são apresentadas as conclusões e as discussões finais da pesquisa. Por fim, no sétimo e último capítulo, apresentam-se algumas limitações do presente estudo e apontam-se recomendações para pesquisas futuras.

2 MODELOS DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO: UM RESGATE HISTÓRICO

“A descoberta consiste em ver o que todo mundo viu e pensar o que ninguém pensou”

(Jonathan Swift)

2.1 A evolução da administração da avaliação de desempenho

Conforme apresentado por Lavieri e Carneiro da Cunha (2009), a origem do conceito de avaliação de desempenho nas organizações pode ser tratada como uma **evolução dos ideais positivistas** propostos por Augusto Comte, que liderou uma revolução científica em que a matemática servia de respaldo para as experimentações e validações da ciência. Isso porque os ideais de Comte posteriormente influenciaram, no início do século XX, os estudiosos da Administração, incluindo os clássicos da administração científica Taylor e Fayol. Assim, considera-se que a medição de tempos e cálculos de posicionamento do trabalhador servia de respaldo para a busca de melhor desempenho das atividades operacionais de produção nas organizações.

Com a estruturação do campo acadêmico dos estudos de Administração, os primeiros estudos seminais relacionados com a mensuração de desempenho surgiram na década de 1950. Martindell (1950) já prescrevia um padrão de avaliação de desempenho quantificável, entretanto, ainda com pouca maturidade conceitual porque havia muita subjetividade no estabelecimento de ponderações. Ridgway (1956) corroborava a idéia de quantificar medidas de desempenho defendendo que tudo que pudesse ser quantificável e mensurável, assim deveria ser tratado para que o administrador pudesse melhor lidar com os **indicadores e o desempenho das atividades monitoradas**.

Ridgway (1956) discutiu também as vantagens e desvantagens em se utilizar-se de indicadores únicos, múltiplos ou ainda em se integrar indicadores para se mensurar o desempenho de atividades da organização. Essa idéia foi também abordada por Drucker (1954) que formulou a idéia de **administração por objetivos** na qual a organização deveria conter indicadores de desempenho de diversas áreas da organização e que a mensuração de performance deveria ocorrer através de um conjunto de indicadores provenientes dessas diferentes áreas da organização. Complementando Drucker (1954), Koontz e O'Donnell (1974) defendiam que os objetivos deveriam ser estabelecidos dentro das **áreas-chave de resultados da organização** a fim de manter o controle dos objetivos funcionais das áreas

vitais da organização. Nota-se então um período em que o pensamento existente nas publicações citadas voltava-se a tratar os **indicadores de forma balanceada**, ou seja, cada um conforme sua relevância dentro do contexto organizacional.

No entanto, a mera preocupação com o estabelecimento de objetivos nas organizações, sem interações com outros elementos importantes para a avaliação de desempenho, trouxe críticas à sua utilização independente. Keeley (1978) diz que modelos baseados meramente em cumprimento de metas estabelecidas são deficientes para se avaliar uma organização por completo, ou seja, de forma global. Essa deficiência, segundo o autor, acarreta em problemas na comparação da avaliação de organizações e também porque não direciona as organizações para as mudanças necessárias, seja decorrente de sua rotina ou das influências do ambiente.

Paralelamente, ainda que se entendesse a necessidade da criação de indicadores balanceados de diversas áreas da organização, os modelos desenvolvidos ainda concentravam-se em indicadores financeiros. Esse foco excessivo na perspectiva financeira trouxe insatisfação aos estudiosos e práticos da área de avaliação de desempenho.

Esse descontentamento surgiu, por diversos pontos críticos da análise econômico-financeira. A avaliação de desempenho por meio de indicadores financeiros demonstrava-se explicitamente orientada ao curto prazo (*e.g.* HAYES; GARVIN, 1982), o que gerava uma baixa perspectiva temporal de análise que incomodava os estudiosos da área. Esse incômodo foi gerado desde os conceitos elaborados pelos pesquisadores mais antigos, que entendiam que a orientação da administração deveria ocorrer pelos objetivos estabelecidos (DRUCKER, 1954) e que o desempenho deveria ser fruto de uma **análise das capacidades futuras** (BUCHELE, 1962), até as teorizações emergentes da área que exigiam haver uma estruturação gerencial para planejamento e tomada de decisão de longo prazo. Não sendo o bastante, as informações adquiridas por sistemas financeiros também não se demonstravam precisamente atualizadas e a informação oferecida, por vezes, era redundante para o gestor (JOHNSON; KAPLAN, 1987). No mais, muitos indicadores, como, por exemplo, de qualidade, satisfação do consumidor, satisfação do empregado e inovação, não eram capturados nas medidas contábeis e financeiras (ITTNER; LARCKER, 1998), o que limitava a compreensão de outros objetivos da organização, que não os financeiros. Portanto, o sistema de informações financeiras, que não tinha uma atualização relevante desde a década de 1920, se demonstrava assim bastante obsoleto e desatualizado frente às necessidades da área, sendo assim insuficiente para atender as novas demandas dos pesquisadores da área.

Desta forma, o final da década de 1970 e a década de 1980 culminaram no descontentamento com as medidas de desempenho meramente financeiras para se mensurar o

desempenho das organizações (BOURNE *et al.*, 2000). Venkatraman e Ramanujam (1986) já demonstravam que a avaliação financeira não era suficiente para uma análise completa do desempenho do negócio da organização. Os autores alegaram que o domínio do desempenho financeiro está contido dentro da avaliação do negócio da organização (domínio da **avaliação financeira mais avaliação operacional**), em uma concepção que os autores assumem refletir as novas tendências conceituais e a maior abrangência contida na área de pesquisa nesse instante. Para Venkatraman e Ramanujam (1986), esse conjunto de desempenho então que está contido dentro do da área de efetividade organizacional (campo de estudo o qual pertencia a avaliação de desempenho). A figura a seguir representa essa idéia:

Figura 4 – Circunscrição dos domínios do desempenho do negócio

FONTE: Adaptado de VENKATRAMAN; RAMANUJAM, 1986, p. 803.

Portanto, os modelos de avaliação meramente financeira passaram por severas críticas da área de Avaliação de Desempenho, que demandava uma concepção mais abrangente de análise das organizações, que ia além da percepção meramente financeira. Essas críticas embasavam-se, principalmente pelas análises financeiras: (1) carecerem de uma perspectiva de longo prazo e, conseqüentemente, não favorecer suporte para o planejamento e o estabelecimento de objetivos da organização; (2) representarem uma situação momentânea de um passado da organização, o que dificultava a questão da construção de modelos de planejamento; (3) não demonstrarem a organização por completo desprezando, em especial, a perspectiva operacional da organização, que seriam as determinantes dos objetivos financeiros das organizações, o que também impossibilitava manter num mesmo modelo a relação entre estratégia e ações operacionais ligadas à estratégia adotada.

As críticas à visão exclusivamente financeira ganharam notoriedade quando a área de Avaliação de Desempenho passou a apoiar-se em preceitos da Administração Industrial

(Administração de Operações) para encontrar medidas operacionais que pudessem complementar as medidas financeiras. Por sua vez, a mensuração de desempenho passou também a servir de base para a avaliação de desempenho da produção industrial. *i.e.* havia um interesse muito grande na mensuração de desempenho por parte da Administração de Operações (NEELY, 2005) na mesma época em que a Administração de Desempenho focava-se na formulação de indicadores, medidas e mensurações de variáveis determinantes ao desempenho da organização que complementasse as medidas financeiras adotadas.

Foi nesse momento também em que os preceitos da Administração da Qualidade Total no campo das Operações ganharam notoriedade nas práticas industriais. O advento desses conceitos à área de Avaliação de Desempenho trouxe à tona o uso de estatística para o cálculo das medidas de desempenho operacional (DEMING, 1986), a utilização de medidas que mensuravam as atividades relacionadas à qualidade e padronização dos produtos e processos (JURAN, 1969) e a preocupação com suas melhorias contínuas (TAGUCHI; CLAUSING, 1990). Percebe-se assim uma preocupação com a mensuração do desempenho dos processos e da eficiência da organização. “Nesta filosofia, os resultados são tidos como consequência de uma melhoria dos processos produtivos” (LAVIERI; CARNEIRO DA CUNHA, 2009, p. 5).

Por essas aplicações e proximidade, entende-se que os estudos sobre Administração de Operações e os estudos de Administração de Desempenho acabam tendo um desenvolvimento entrelaçado (SMITH; GODDARD, 2002). Dessa forma, os estudos focados em organizações industriais passaram direcionarem-se ao processo de planejamento e as dificuldades para a implementação desse planejamento (*e.g.* DIXON *et al.*, 1990; BOURNE *et al.*, 2000), tal como na elaboração de medidas de desempenho de eficiência, de caráter operacional e não-financeira.

Diante disso, o uso de indicadores não-financeiros em conjunto com os financeiros pôde oferecer maior sustentação para o controle administrativo e contábil das organizações que não se sustentavam com indicadores meramente financeiros frente às incertezas provenientes das estratégias e do ambiente (VAIVIO, 1999). Dessa forma, os pesquisadores de área de Avaliação de Desempenho, embalados pelos ideais críticos em relação ao foco financeiro utilizado, passaram a buscar novos respaldos teóricos que sustentassem seus ideais, o que os aproximaram de conceitos da área de Estratégia. Iniciou-se assim um processo de intersecção dos estudos da área de Avaliação de Desempenho com os estudos do campo da Estratégia.

Essa inter-relação de disciplinas ganhou também maior força porque, por sua vez, o campo da Estratégia estava saturado de modelos tradicionais que se focavam

exacerbadamente em elementos externos da organização. Tinham-se como carros-chefe: (1) a matriz de Ansoff (1965) que correlacionava os mercados (existentes e novos) com os produtos (existentes e novos); (2) as cinco forças de Porter (1985) – risco de novos entrantes concorrentes; poder de barganha dos compradores; poder de barganha dos fornecedores; entrada de novos produtos substitutos; concorrentes do mercado – que serviam como parâmetros para definir a estratégia da organização. A área da Estratégia demandava uma análise dos fatores internos das organizações, elementos esses que os modelos de avaliação de desempenho poderiam oferecer, ao mesmo passo que a área de Avaliação de Desempenho precisava abranger em suas formulações, conceitos estratégicos de planejamento e objetivos e integração da visão interna e externa (avaliação de eficiência e efetividade).

Assim, como a área da Estratégia oferecia respaldo teórico e conceitual para as necessidades do campo de Avaliação de Desempenho e vice-versa, a aproximação entre as duas foi um caminho inevitável. Além de que, essa união trouxe consigo novos modelos capazes de darem respostas às novas demandas dos profissionais e acadêmicos de ambas as áreas. Nesse momento, as relações do campo da Estratégia com a área da Avaliação de Desempenho tornaram-se cada vez mais íntimas, à medida que os objetivos acadêmicos e práticos de ambas as áreas se entrelaçavam. Culminou-se no momento em que passou a ser inviável ao pesquisador das disciplinas de Estratégia não considerar a avaliação de desempenho para seus estudos, já que teoricamente, os conceitos de avaliação de desempenho dos negócios estão no centro da administração estratégica (VENKATRAMAN; RAMANUJAM, 1986).

Assim, têm-se alguns elementos da Estratégia que são incorporados pelos modelos de avaliação de desempenho. Acredita-se que a partir estabelecimento de uma estratégia que estabelece os objetivos da organização que as medidas de desempenho devem ser desenvolvidas (KAPLAN; NORTON, 1992). Portanto, considerar que as **medidas de desempenho derivam da estratégia global da organização**, é estabelecer uma relação entre a operacionalização e a estratégia da organização. Dentro desse conceito, o sistema de avaliação de desempenho das organizações é uma forma pela qual os gestores têm um controle gerencial global da organização e assim, podem **operacionalizar a estratégia estabelecida** (KAPLAN; NORTON, 1996a; 2008), assegurando que as ações das organizações estariam alinhadas com seus objetivos e estratégias traçados (LYNCH; CROSS, 1991). Nesse aspecto, há a união entre a eficiência e efetividade da organização, porque internamente há maior controle econômico e de recursos de sua operacionalização, ao mesmo

tempo em que os interesses dos *stakeholders* (objetivo final) são mais facilmente atingidos (NEELY *et al.*, 1995).

Assim, era natural que as idéias de percepção interna e externa que foram trazidas pelos conceitos da Estratégia, aliadas às insatisfações geradas pelo uso de uma perspectiva unidimensional de análise de desempenho (a perspectiva financeira), culminassem na intersecção desses conceitos. Assim, Keegan *et al.* (1989) desenvolveram a matriz de mensuração de desempenho, na qual uma matriz que envolvia essas relações gerava internamente medidas e indicadores das quatro perspectivas de intersecção geradas. A representação gráfica dessa matriz pode ser observada na Figura a seguir:

Figura 5 – Matriz de mensuração de desempenho de Keegan *et al.* (1989)

FONTE: Adaptado de KEEGAN *et al.*, 1989, p. 48.

A linha de pensamento então que considerava preceitos da Estratégia para a mensuração e avaliação de desempenho das organizações passava a ganhar relevância e popularidade pelo poder de oferecer respostas aos dilemas teóricos e conceituais enfrentados pela área na época. Foi inevitável que diversos estudos comesçassem a ligar diretamente a estratégia com o desempenho. Fitzgerald *et al.* (1991) sugeriram um modelo de avaliação de desempenho com seis perspectivas, das quais duas estariam relacionadas aos resultados da estratégia adotada (competitividade e desempenho financeiro) enquanto as outras quatro

perspectivas eram os determinantes desses resultados (qualidade, flexibilidade, utilização de recursos e inovação). Essa mesma idéia guiou modelos posteriores, como o BSC de Kaplan e Norton (1992), em que as perspectivas financeiras e de clientes (resultados) seriam determinadas pelas perspectivas de inovação e processos internos (determinantes) da organização (KLOOT; MARTIN, 2000). Fica evidente que os fatores externos da organização são tidos como objetivos primários, enquanto os internos secundários são os determinantes para esses resultados alcançados. Assim, para se atingir aqueles objetivos propostos no seu planejamento, a organização deve atentar-se aos seus determinantes que possibilitam a orientação e o gerenciamento do estabelecimento de sua estratégia. No mais, essa concepção deixa clara a necessidade e a **importância da concepção de causa-efeito** para os modelos de avaliação de desempenho organizacional.

Posteriormente, para se lidar com as diversas relações de causa-efeito que se tinha tanto entre as perspectivas dos modelos quanto com os objetivos de cada uma das perspectivas, mensuradas por seus conjuntos de indicadores, desenvolveram-se os **mapas estratégicos** (KAPLAN; NORTON, 2004), ou mapas de sucesso (BOURNE *et al.*, 2003). Esses mapas estabelecem as relações de causa-efeito dentre as diferentes perspectivas da organização, estabelecendo os determinantes que orientam o objetivo final estabelecido por ela.

Para refletir essa necessidade de treinamento, Kaplan e Norton (1996a; 2001) diziam que a diretoria sênior da empresa deveria ser entrevistada e consultada a fim de se identificar as prioridades estratégicas. Isso é uma forma de garantir que a visão e os objetivos estabelecidos pela alta diretoria da organização possam ser cascadeados de forma *top-down* e que as unidades de negócios tenham os objetivos corporativos como embasamento para se estabelecer resultados da unidade que possibilitem esse objetivo corporativo.

Isso indica que existe uma série de unidades de negócios ou departamentos que seguem os objetivos corporativos, entretanto, cada um a sua maneira e buscando sua própria eficiência (medidas de desempenho operacionais). Bitton (1990)⁸ *apud* Bourne *et al.* (2000) que estudou o ramo manufatureiro defendia que esses indicadores deveriam refletir as decisões descentralizadas das unidades da organização e que cada indicador deveria mensurar essas decisões específicas. Ou seja, havia a necessidade de indicadores de diversas áreas operacionais da organização, sendo o grande desafio interligá-las dentro da estratégia

⁸ BITTON, M. **Méthode de Conception et D'implantation de Systèmes de Mesure de Performances pour Organisations Industrielles**. Tese (Doutorado em Automação). Université de Bourdeaux, Bourdeaux (França), 1990.

organizacional, o que Kaplan e Norton (2006) chamaram posteriormente de **alinhamento estratégico**.

Paralelamente, Dixon *et al.* (1990) desenvolveram um questionário que tinha como objetivo identificar os pontos fortes e as possíveis falhas no sistema vigente de avaliação de desempenho das organizações. Os autores propunham que depois dessa análise feita, o passo seguinte seria realizar treinamentos com o time para revisar e reestruturar esses indicadores.

Assim, a grande revolução da área ocorreu quando se percebeu que as medidas financeiras de desempenho não eram suficientes para atender uma visão completa e global da avaliação organizacional (ECCLES, 1991). No final dos anos 1980 e início dos anos 1990, houve então uma exacerbada busca por parte dos pesquisadores sobre **o que exatamente mensurar** (NEELY *et al.*, 2000b) gerando o levantamento de possíveis dimensões de análise a serem mensuradas pelas organizações. Aliado a isso, esse mesmo período demarcou a insatisfação generalizada com os conceitos unidimensionais (financeiros) vigentes no *mainstream* da área, o que culminou no desenvolvimento de **modelos de avaliação balanceados entre as multi-dimensões da organização** (BOURNE *et al.*, 2000). Conseqüentemente, diante disso, outro conceito que ganhou considerável relevância na área foi a idéia de se ter um modelo capaz de **integrar as diferentes medidas de desempenho** (GHALAYINI; NOBLE, 1996; GHALAYINI *et al.*, 1997; KIM *et al.*, 1997; BITITCI *et al.*, 1998a; BITITCI *et al.*, 1998b; BITITCI *et al.*, 2000). Ou seja, as diferentes medidas deveriam estar contidas num mesmo plano de análise de desempenho de forma simultânea.

Nesse momento, diversos modelos foram desenvolvidos no intuito de se tentar compreender a organização como um todo, abrangendo as diversas perspectivas existentes nas organizações e tentando mensurá-las. A necessidade de criar indicadores tornou **formato de scorecards**, que abrangia diversas informações (LOHMAN *et al.*, 2004) de múltiplas perspectivas da organização, passou a ganhar popularidade e a ser adotado por muitos pesquisadores e práticos da área. Assim, com base na evolução de todos esses preceitos, as décadas de 1980 e 1990 foram marcadas pela criação de modelos de maior complexidade, que buscavam analisar as organizações de forma global e sistêmica, abrangendo não apenas uma perspectiva da organização, mas sim, um conjunto de perspectivas que atuam de maneira interligada e balanceada entre si.

Todos esses elementos culminaram no desenvolvimento de modelos de avaliação de desempenho organizacional, portanto. O mais popular deles foi o *Balanced Scorecard* (KAPLAN; NORTON, 1992), porém, diversos outros foram desenvolvidos sob esses preceitos (ou, ao menos, parte deles), incluindo novas perspectivas de análise ou ainda

acrescentando novos conceitos, tais como o SMART – *Strategic Measurement Analysis and Reporting Technique* (CROSS; LYNCH, 1988; LYNCH; CROSS, 1991), o IPMS – *Integrated Performance Measurement System* (BITITCI *et al.*, 1998a; BITITCI *et al.*, 2000), o *Skandia Navigator* (EDVINSSON, 1997; EDVINSSON; MALONE, 1997), o *Sigma Sustainability Scorecard* (THE SIGMA PROJECT, 2003) e o Prisma de Desempenho (NEELY *et al.*, 2000a; NEELY; ADAMS, 2001).

Depois da fase em que esses sistemas novos ou alternativos de avaliação de desempenho foram criados e posteriormente adotados e implementados pelas organizações, o campo de pesquisa se concentra em um novo dilema no final dos anos 1990 e início dos anos 2000: Como usar e gerir os dados providos por esses sistemas de avaliação de desempenho (WAAL, 2003). Por isso, percebeu-se a necessidade em migrar as discussões da área sobre a mensuração de desempenho para a administração do desempenho propriamente dita (LEBAS, 1995; AMARATUNGA; BALDRY, 2002; BOURNE *et al.*, 2003; FOLAN; BROWNE, 2005; RADNOR; BARNES, 2007; TATICCHI, 2010). Para Lebas (1995), a administração de desempenho é uma filosofia de estudo que encontra na mensuração de desempenho um de seus pilares de sustentação. Para o autor, ambas as disciplinas estão inter-relacionadas, de forma que a administração de desempenho antecede e procede a mensuração de desempenho numa espiral contínua e que se retro-alimenta. Para o autor, a própria Avaliação de Desempenho cria um contexto para o desempenho, o que inclui a mensuração desse desempenho.

Por exemplo, numa perspectiva contemporânea, cabe ao gestor compreender que o processo de criação e utilização de indicadores é dinâmico e conforme a estratégia e a visão da organização muda, os indicadores também devem mudar. No entanto, o que acontece na prática é o acúmulo de medidas e indicadores, misturando os novos com os antigos, sem que a prioridade nova seja realmente ressaltada e os indicadores prioritários sejam devidamente ponderados (MEYER; GUPTA, 1994). Isso é uma indicação de que a administração de desempenho passa a assumir a responsabilidade de **constantemente rever o sistema de desempenho da organização**, enquanto o foco anteriormente era apenas de criar medidas aplicáveis. Ou seja, a gestão do desempenho consiste, em uma de suas atribuições, a **dar o uso efetivo das medidas de desempenho** das organizações geradas.

Essa necessidade da compreensão do sistema de avaliação de desempenho como um instrumento de gestão e não apenas como um instrumento gerador de medidas e indicadores abriu novas perspectivas para a área, dado que as discussões sobre como aplicar os modelos juntamente com a incessante busca de um modelo ideal ganharam força. Os modelos

existentes eram desenvolvidos focando-se exacerbadamente no aspecto interno da organização, geralmente com o objetivo final que buscava aspectos financeiros (como é o caso do BSC), e pouco se consideravam os *stakeholders* como elementos centrais dos modelos. Os modelos desenvolvidos não eram orientados para atender os *stakeholders* das organizações. Menosprezavam-se os *stakeholders* ao tempo em que autores como Shankman (1999) os consideravam figuras importantes nesse cenário, no qual eles tinham contribuição decisiva para o desempenho da organização, principalmente quando os interesses deles eram relevantes para se definir os objetivos das organizações. Tinha-se um cenário no qual diversos *stakeholders* envolvidos com as organizações não conseguiam utilizar de forma plena os sistemas de avaliação de desempenho e, por sua vez, as organizações dificilmente conseguiam operacionalizar suas atividades orientadas para atender seus *stakeholders*.

Assim, uma nova crise na área emergiu sustentada, principalmente, nas empresas públicas que demandavam sistemas de avaliação de desempenho diante da tendência generalizada de haver demandas por **transparência, controle e eficiência** nas operações dessas organizações. Os sistemas de avaliação de desempenho não tinham uma orientação que estabelecia a **estratégia como elemento integrador entre as operacionalizações internas da organização e as necessidades dos principais stakeholders**. Dessa forma, o ponto de partida ideal para esses modelos ganharam força para serem revisitados. A formulação de modelos de desempenho não partia mais da visão estratégica da organização para a elaboração de metas específicas e operacionais de desempenho. Os modelos passam a considerar aspectos externos da organização, entendendo que ela deve atender as necessidades e interesses de seus *stakeholders* para depois estabelecer suas estratégias (NEELY *et al.*, 2000a).

Diante do exposto, fica evidente que a área de Avaliação de Desempenho sofreu muitas influências e interações com outras áreas da Administração ao longo de sua evolução, de modo a alimentar-se de conceitos de outras disciplinas no momento em que elas ofereciam respaldos teóricos necessários para as necessidades encontradas e vice-versa. Dessa mesma forma, o campo de estudo apresenta-se recentemente em interação com alguns conceitos, ao passo em que se identificaram duas grandes tendências: (1) a aproximação significativa do campo de estudo com a Administração Pública na tentativa de se avaliar organizações públicas; (2) a compreensão generalizada de que o objetivo das organizações é atender seus *stakeholders*, podendo ser eles não somente os acionistas da organização, mas também os clientes, auditores externos, investidores, empregados, fornecedores, dentre outros. No mais, a tendência da área aponta para uma realidade que se utilizam os sistemas e modelos de

avaliação de desempenho para gerir o desempenho da organização, de forma a propor soluções e melhorias de desempenho nos processos diante das indicações desses sistemas.

A Figura a seguir demonstra de forma sintética a evolução da área e de como ela se inter-relacionou com outras disciplinas da Administração. A Figura apresenta ainda as tendências identificadas na área para os próximos anos.

Figura 6 – A evolução da Avaliação de Desempenho como disciplina ao longo do tempo

Diante do desenvolvimento histórico da área de Avaliação de Desempenho, as subseções a seguir exploram no detalhe os principais modelos e conceituações teóricas desenvolvidos pela área que deram suporte à evolução do campo de estudo. Dessa forma, é possível estabelecer num mesmo plano as contribuições, vantagens e as críticas de cada um desses principais desenvolvimentos conceituais da área. Com isso, é possível estabelecer os elementos tidos como relevantes e limitantes do campo de pesquisa ao longo de sua evolução e assim, criar um panorama capaz de fornecer subsídios para um posterior desenvolvimento de um sistema de avaliação de desempenho aplicado às organizações de saúde, em particular, os hospitais filantrópicos.

2.2 Análises econômicas e financeiras

As medidas contábeis são tradicionalmente as principais medidas quantitativas de para mensuração de desempenho das organizações, mesmo que nas últimas três décadas essas medidas vêm sendo complementadas por medidas não-financeiras (OTLEY, 2002).

Por mais que não existe um conjunto de medidas e indicadores financeiros que servem de base para avaliação financeira de todas as organizações, dado as diferentes naturezas das organizações e das diferentes perspectivas dentro da análise financeira, esse tipo de abordagem ainda é o mais recorrente para assegurar o andamento da grande maioria das organizações (OTLEY, 2002). Gulini (2005) identificou quatro análises financeiras capazes de serem realizadas numa avaliação de desempenho: (1) o sistema contábil; (2) o sistema de custos; (3) indicadores econômico-financeiros; (4) Valor Econômico Adicionado.

O sistema contábil serve como para monitoramento da situação da organização em determinado instante. Os sistemas contábeis costumam ser a fonte de informações formal mais importante para as organizações industriais que suportam as tomadas de decisões pela alta gerência (HOPWOOD, 1972). Essas informações que podem ser tanto para uso interno da organização como também para a utilização externa, em especial, os *stakeholders* da organização (IUDÍCIBUS, 1993). É inevitável que se utilizem essas informações, portanto, para se realizar análises do desempenho das organizações.

Por sua vez, o sistema de custos pode ser uma forma de avaliar o desempenho das organizações também. Para Drury (2008), o processo contábil que oferece informações para seus usuários, auxilia também os gestores a controlarem a organização e oferece subsídios para a avaliação de desempenho. Principalmente porque a análise de custos envolve os custos de capitais e operacionais da organização, o que representa uma forma de avaliar a estrutura de custos da organização.

Um dos modelos também que ganhou repercussão tanto entre os gestores que amplamente utilizado pelas organizações (REICHELSTEIN, 1997) e que também recebeu considerável atenção pelos acadêmicos foi o ROI (*Return On Investment*), no qual o desempenho é avaliado calculando o quanto determinado investimento pôde trazer de retorno para a organização. O ROI pode ser utilizado tanto no aspecto global quanto na análise departamental (KEATING, 1997). Com o ROI, a organização pode mensurar qual o custo do seu capital investido (FAMA; FRENCH, 1999), podendo comparar esse custo com outras organizações e estabelecer metas de um nível adequado para esse custo.

Segundo Reichelstein (1997), alternativamente ao ROI, desde a década de 1960, as organizações vêm utilizando-se também o Valor Econômico Adicionado, do inglês, *Economic Value Added* (EVA[®]). O uso do EVA[®] se popularizou ainda mais nos anos 1980 quando seu cálculo foi reformulado (ARAÚJO; ASSAF NETO, 2003). Assim sendo, o EVA[®] é considerado como um dos principais indicadores de avaliação de empresas e está relacionado com a mentalidade de se ter uma contabilidade baseada em valor, em que o valor de mercado da organização excede seus recursos utilizados e custos despendidos (STEWART, 1990).

Na concepção do valor econômico, como o objetivo enunciado de qualquer empresa é gerar, em suas decisões financeiras, um retorno que remunere as expectativas de rendimentos de seus proprietários de capital, a comparação do retorno sobre o investimento (ROI) com o CMPC permite identificar se a empresa está agregando ou destruindo valor econômico.

Tal comparação pode estar consubstanciada em um sistema de gestão. Nesse sistema de gestão, o valor econômico agregado ou *economic value added*, é conceituado como uma medida de desempenho econômico. É conhecido pela sigla EVA. Foi desenvolvido por economistas, e surgiu há mais de duzentos anos, com o objetivo inicial de medida de desempenho e sistema de gestão (ARAÚJO; ASSAF NETO, 2003, p. 24).

2.2.1 Vantagens dos modelos econômicos e financeiros

Os modelos contábeis seguem padrões estabelecidos por convenções aceitas por grande parte das organizações, o que possibilita a padronização dos resultados encontrados, permitindo assim a comparabilidade entre as diferentes organizações.

Os indicadores financeiros apontam para a saúde financeira das organizações, elemento pelo qual grande parte delas se orienta e estabelece como objetivo. Isso significa que os indicadores representam uma perspectiva importante para grande maioria das organizações, dado que essa maioria estabelece os retornos financeiros como seu objetivo principal. Com essas medidas a organização consegue se manter na orientação e direcionamento certo de seus objetivos principais (OTLEY, 2002).

2.2.2 Desvantagens dos modelos econômicos e financeiros

Realizar avaliações por documentos contábeis pode ser limitante também quando se verifica que essas formalizações representam um instante específico no ciclo de vida da organização. Isso implica que as análises realizadas embasadas em documentos contábeis representam uma análise feita da organização dentro de um determinado momento no tempo, sendo esse, geralmente, o último dia do ano ou do trimestre. A partir dessa limitação, origina-

se outra desvantagem dos modelos econômico-financeiros: seus indicadores e suas análises são realizados com base nos dados passados das organizações. Essa avaliação não dá preceitos nem bases para análises futuras, apenas observa a organização conforme seus dados passados.

Ghalayini e Noble (1996) apontam haver oito principais problemas com as medidas de desempenho financeiras tradicionais: (1) o desenvolvimento originário do sistema contábil era para atribuir duas contas de custos: mão-de-obra e demais custos, no entanto, hoje, essa abordagem tradicional da contabilidade não é mais válida; (2) defasagem das métricas, que são fechadas mensalmente ou trimestralmente e pode ser antigas demais para uma decisão imediata do gestor; (3) falta de incorporação da estratégia corporativa nessas medidas; (4) muitos indicadores relevantes para a operacionalização e desempenho da organização são dificilmente mensurados em unidades monetárias (por exemplo, a qualidade, a satisfação do consumidor ou a redução do lead time); (5) os indicadores financeiros são inflexíveis e utilizados sobre todos os departamentos indiscriminadamente, sem suas especificidades levadas em consideração; (6) os custos para se prover e preparar relatórios financeiros requer recursos que são caros para as organizações; (7) dificuldade para sustentar melhoria contínua porque estabelecer padrões de desempenho pode desestimular empregados que têm a expectativa de que esse padrão pode ser alterado; (8) medidas financeiras tradicionais utilizadas pela média gerência podem entrar em conflito e não refletir a flexibilidade necessária pelos operadores em trabalhar com maior autoridade e responsabilidade para atingir os requerimentos rotineiros de alta qualidade, menor lead time e menor custo ao consumidor.

Ainda sobre as desvantagens, os indicadores gerados por modelos financeiros têm ainda uma perspectiva de curto prazo (KAPLAN, 1983; BUTLER *et al.*, 1997), o que dificulta o uso desses indicadores para a análise futura e o estabelecimento estratégico da organização de caráter de longo prazo.

No mais, o uso de indicadores financeiros não deve ser a única forma de se avaliar uma organização. Existe a necessidade em se criar modelos capazes de integrar conceitos financeiros e não-financeiros (JOHNSON; KAPLAN, 1987). Tanto porque as informações financeiras conseguem mais facilmente identificar os sintomas dos problemas identificados que as causas deles.

O pesquisador deve ainda se assegurar que quando comparar e analisar diferentes organizações pela perspectiva financeira, os mesmos princípios financeiros e contábeis devem ter sido utilizado por elas (OTLEY, 2002).

2.3 Modelo *Tableau de Bord* (TdB)

O *Tableau de Bord* (TdB) tem origem francesa e foi elaborado na década de 1930, sendo assim um dos primeiros modelos sobre o controle estruturado e balanceado (mesmo que de forma imatura) das organizações (BESSIRE; BAKER, 2005). Seus conceitos perduram até os dias de hoje, em especial, em organizações da própria França (BOURGUIGNON *et al.*, 2004). Ele faz analogia a um painel de controle de um avião, no qual o piloto deve estar atento a diversos elementos para poder controlar a aeronave em vôo, metaforicamente a um gestor de organizações, que deve estar atento a diversos fatores para controlar a organização.

Para Lauzel e Cibert (1959)⁹ *apud* Hourneaux Jr. (2005) o TdB é um método que visa responder quatro perguntas ao gestor: (1) quem: indicando os responsáveis pelos indicadores dentro da estrutura da organização; (2) o quê: determinando quais são as informações relevantes para função da organização; (3) como: atendo-se às exceções e acontecimentos incomuns e aprofundando nas justificativas dos acontecimentos; (4) quando: estabelecendo a frequência adequada para a divulgação de cada informação relevante.

O TdB é então constituído de diversos indicadores provenientes das áreas-chave da organização e também do ambiente externo (MALO, 1995¹⁰ *apud* BOURGUIGNON *et al.*, 2004). Esses indicadores eram tanto financeiros quanto físicos (provenientes da administração industrial) e formavam num mesmo plano, um painel de controle (BESSIRE; BAKER, 2005). A idéia do TdB é que os gestores controlassem tanto variáveis internas quanto variáveis externas relacionados aos pontos-chave do andamento e do desempenho da organização (LEBAS, 1996). No entanto, nem todas as variáveis e indicadores contidos o gestor tinha o controle e o domínio para alterá-los, já que havia indicadores externos que a organização só poderia ser reativa, mas que eram fundamentais para o controle e conhecimento do gestor em sua tomada de decisões (*ibid*).

Essa ferramenta era ainda descentralizado para cada unidade ou departamento da organização. De Guerny *et al.* (1990) argumentam que cada estrato da organização tem o seu próprio *Tableau de Bord*, que recebe a estratégia e repassa aos seus subordinados, realizando sempre o controle baseado no que se estipulou de missão ou visão da organização. Assim, os objetivos definidos poderiam ser controlados departamentalmente por meio de indicadores.

⁹ LAUZEL, P.; CIBERT, A. **Des Ratios au Tableau de Bord**. Paris (França): Éditions de L'Entreprise Moderne, 1959.

¹⁰ MALO, J. L. **Les Tableaux de Bord Comme Signe d'une Gestion et d'une Comptabilité à la Française**. Melanges en l'honneur du professeur Claude Pérochon. Paris (França), Foucher, 1995.

2.3.1 Vantagens do *Tableau de Bord*

O *Tableau de Bord* estruturou em um mesmo plano e em um mesmo instrumento, diversos indicadores, entendendo que as variáveis que devessem ser controladas e, conseqüentemente, pudessem explicar o desempenho da organização, deveriam abranger um sistema de controle. Não bastava, portanto, haver apenas um indicador universal que fosse capaz de avaliar e abranger toda a organização. O controle deveria ser feito em todo o conjunto de indicadores e medidas.

A descentralização do *Tableau de Bord* para os departamentos e unidades da organização faz com que cada um deles estabeleça seus próprios indicadores e medidas para controlar seu desempenho, dada uma visão estratégica proveniente da alta administração. Assim, existe claramente uma ordenação no sentido *top-down* que garante que a visão estratégica da organização seja repassada para os departamentos na forma de medidas de desempenho das operações. Portanto, trata-se de um instrumento que estimula as divisões e departamentos da organização a estabelecer seus objetivos próprios que são baseados nos pontos-chave de sucesso para suas atividades, tal como a necessidade de inter-relação com outras unidades / departamentos para atingir a estratégia global da organização (EPSTEIN; MANZONI, 1998).

2.3.2 Desvantagens do *Tableau de Bord*

O *Tableau de Bord* é um modelo bastante antigo e por isso, tem maior ênfase em indicadores financeiros para compor seu “painel de controle” (LAVIERI; CARNEIRO DA CUNHA, 2009), contemplando menos outros tipos de medidas e indicadores. Todos esses indicadores pouco interagem entre si e apenas demonstram a coleta de indicadores críticos para o andamento e desempenho da organização (KAPLAN; NORTON, 1997).

O interesse para o modelo francês é relativamente baixo dentre os pesquisadores norte-americanos e, conseqüentemente, dentre usuários de modelos de desempenho de diversos outros países (BOURGUIGNON *et al.*, 2004). O fato de ser considerado um modelo concorrente com o *Balanced Scorecard* e algumas similaridades com o BSC, faz com que a popularidade dele seja reduzida em outros países fora da França (*ibid*). Outra desvantagem do TdB em relação ao BSC é que no último, as estratégias são estabelecidas a priori, o que não acontece no caso do TdB (HOURNEAUX JR., 2005).

2.4 Modelo de Martindell

O modelo de Jackson Martindell foi publicado primeiramente em 1950 em seu livro *The Scientific Appraisal of Management*. O conceito central do modelo de Martindell é mensurar sob bases quantitativas as principais dimensões organizacionais identificadas pelo autor no pretexto principal de manter o controle da organização e combater o problema da má gestão (*mismanagement* nas palavras do autor). Para ele, seu modelo deveria ter utilidade tanto para os empregados orientarem suas tarefas quanto para os usuários externos da informação da organização (os quais o autor chama de *stockholders*).

Conforme aponta Robbins (1978), Martindell (1950) desenvolveu um modelo de avaliação de desempenho deveria ser contido de alguma flexibilidade, dado que cada tipo de organização contém suas especificidades e, por isso, requer uma aplicabilidade personalizada para o tipo de organização. O modelo do autor também continha a mensuração de desempenho por indicadores sob a mesma metodologia que permitia a comparação entre as organizações semelhantes de mesma indústria. Para tal, os resultados de cada uma das organizações, sob as dimensões propostas pelo autor, poderiam ser colocados lado a lado numa matriz e comparados.

Martindell (1950) estabeleceu em sua obra a avaliação das seguintes elementos: (1) capacidades do corpo diretivo da organização; (2) conselho diretivo interno e externo; (3) estrutura corporativa; (4) produto; (5) administração financeira; (6) unidade de comando; (7) impacto no mercado acionário; (8) política de dividendos e mercado acionário; (9) gestão de vendas; (10) princípios de excelência de gestão utilizados.

Assim, para Martindell (1950), esses elementos dariam origem às dimensões identificadas como relevante para o desempenho da organização. Cada uma dessas dimensões recebe uma pontuação máxima, devendo a organização atingir uma pontuação total final mínima para ser entendida como uma boa avaliação, ou uma avaliação mínima para o andamento dos negócios sem ser necessário um plano de recuperação em alguma das dimensões.

Quadro 1 – Quadro de avaliação conforme Martindell (1950)

Dimensões de avaliação	Pontuação atingível máxima
Função econômica	400
Estrutura corporativa	500
Saúde do crescimento dos ganhos	600
Justiça com os <i>stockholders</i> (acionistas)	700
Pesquisa e desenvolvimento	700
Análise da diretoria	900
Políticas fiscais	1.100
Eficiência de produção	1.300
Vigor das vendas	1.400
Avaliação executiva	2.400
Total de pontuação possível	10.000
Excesso sobre o mínimo requerido (7.500)	x

FONTE: Adaptado de MARTINDELL, 1950, p. 280.

Para mensurar cada uma das dimensões, Martindell (1950) ainda elaborou um extenso questionário de 301 perguntas chamado de *Management Audit Material*, que abrangia perguntas sobre todas as dimensões estabelecidas.

3.4.1 Vantagens do modelo de Martindell

O modelo de Martindell foi revolucionário para seu tempo, trazendo elementos quantitativos e aplicabilidade em diversos tipos de organizações (ROBBINS, 1978) e avaliando o desempenho concentrando-se em indicadores de produtividade operacional (LAVIERI; CARNEIRO DA CUNHA, 2009). Isso possibilitou gerenciar o desempenho, principalmente operacional, quantitativamente e mensurar os resultados de desempenho das organizações, além de permitir que o modelo pudesse ser utilizado em diversos tipos de organizações, de diferentes setores.

O modelo de Martindell abrangia diversas dimensões que não somente a perspectiva financeira. A existência de outras dimensões de análise indicava que outros elementos não somente eram importantes para a avaliação de desempenho, como também, que as capacidades existentes na organização (seja de seus produtos, da experiência de sua diretoria etc.) eram relevantes para se mensurar o desempenho da organização.

3.4.2 Desvantagens do modelo de Martindell

O modelo de Martindell é dotado de subjetividade na definição das ponderações de suas perspectivas (CORREIA, 1986), o que pode trazer problemas tanto em termos de

comparabilidade entre organizações, dado que cada uma utiliza-se de sua própria subjetividade. Não o bastante, a aplicabilidade do modelo proposto para uma organização em outra pode ter problemas também, já que o entendimento das perspectivas e das ponderações pode variar em cada uma das organizações.

No mais, o questionário elaborado por Martindell (1950) é bastante extenso e complexo, sendo na grande maioria perguntas abertas, o que requer do avaliador e da organização avaliada um grande esforço para levantamento das informações. Coletar as informações necessárias para o modelo de Martindell (1950) requer tempo e recursos para o levantamento das informações, o que pode ainda dificultar o fornecimento das informações do modelo de forma imediata para a alta gerência.

2.5 Modelo de Buchele

Buchele (1962) já entendia que as medidas financeiras eram insuficientes para uma avaliação completa da organização porque muitas vezes elas teriam dificuldades de serem compreendidas e porque teriam pouca orientação para a perspectiva futura da organização. Para o autor, a avaliação financeira de uma firma poderia ser complementada até mesmo com medidas simples, de caráter subjetivo, como a entrevistas e julgamentos realizados pelo investigador.

O Quadro a seguir identifica os elementos que Buchele (1962) julgou relevantes para a avaliação de desempenho das organizações:

Quadro 2 – Resumo da avaliação da firma conforme Buchele (1962)

I. Linhas de produtos e posicionamento competitivo básico
A. Passado
B. Presente
C. Futuro
II. P&D e departamentos operacionais
A. P&D e engenharia
B. Marketing
C. Manufatura
D. Sumário do P&D e departamentos operacionais
III. Análise financeira e administração financeira
A. Análise financeira
B. Administração financeira
IV. Alta administração
A. Identificação da alta administração e seus

registros

B. Alta administração e futuro

C. Comissão de diretores

V. Sumarização e avaliação estratégica

FONTE: Adaptado de BUCHELE, 1962, pp. 6-7.

Buchele (1962) entendia que a avaliação de uma organização deveria guiar-se por uma análise passado-presente-futuro, pela qual se poderia analisar a orientação de sucesso da organização. O passado serviria para identificar forças e fraquezas da organização, o presente a situação atual da firma e o futuro para identificar se existiam boas perspectivas para a organização. Essa conceituação, o modelo de Buchele auxilia bastante no estabelecimento de uma avaliação de uma firma em crescimento e desenvolvimento (MORSE, 1998).

Dentro dessa perspectiva temporal de Buchele (1962), a análise do ciclo de vida do produto aliada à análise dos investimentos adequados em P&D, poderia informar se esses investimentos estão sendo feitos no momento adequado e assim, se eles poderiam representar perspectivas futuras de sucesso das organizações. Essa análise serviria de respaldos para uma avaliação referente às capacidades de inovação da organização. Portanto, essa inclinação ao sucesso futuro da organização seria uma forma de avaliar as capacidades da organização, que envolvem a natureza da sua área de P&D e áreas operacionais (Marketing e Manufatura), tal como a integração entre essas áreas na operação cotidiana da organização.

A análise financeira para Buchele (1962; 1967) deveria ser feita com base nos padrões tradicionais de análise financeira, no entanto, não bastava apenas analisar os dados financeiros, dever-se-ia também considerar a administração financeira e em como os gestores da organização realizavam essa gestão, principalmente, no longo prazo. A idéia de avaliar os gestores da organização era importante também para o autor que defende ainda ser importante considerar na avaliação de uma organização as intenções e as características da alta gerência. Pode-se entender assim que os executivos detentores de um papel fundamental nas tomadas de decisões da organização devem ser considerados na avaliação de desempenho e que até mesmos os planos de sucessão devam ser considerados para a avaliação da organização (BUCHELE, 1967).

Por fim, ao final, Buchele (1962) acreditava ser importante que o avaliador realizasse uma sumarização dos principais elementos e a identificação dos itens que pudessem ser mais relevantes para o desempenho ou que demandassem maior atenção perante algum risco identificado. Lembrando que nos conceitos de Buchele (1962; 1967), essas prospecções devem levar em conta as capacidades e perspectivas futuras das organizações.

2.5.1 Vantagens do modelo de Buchele

O modelo de Buchele (1967) se antecipa às exigências da área posteriores ao seu modelo trazendo juntamente com a perspectiva financeira, outras perspectivas de análise de desempenho.

O autor ainda traz à tona a discussão temporal para a análise de organizações. Essa incorporação da perspectiva das capacidades e das possibilidades das organizações nos sistemas de avaliação de desempenho, posteriormente, fez com que as medidas financeiras caíssem em descrédito quando utilizadas de forma isolada, dado o fraco poder de análise futura das medidas financeiras. Incluída nessa discussão temporal de Buchele (1962), o autor traz ao palco de discussões a questão dos investimentos em P&D, ainda que de forma simplificada, que geram elementos da avaliação de desempenho relacionados às capacidades das organizações. Essas idéias culminaram em modelos posteriores numa análise de poder de inovações das organizacionais.

2.5.2 Desvantagens do modelo de Buchele

As variáveis e as dimensões consideradas pelo modelo não representam todas as variáveis possíveis de determinar o desempenho da organização, mas o autor acredita que desenvolveu em seu modelo, pelo menos, aquelas que representassem grande parte da variação desse desempenho (BUCHELE, 1967). No mais, o modelo traz pouca integração entre as essas dimensões apontadas pelo autor (CORRÊA, 1986), que são aqui vistos como independentes e não interagentes entre elas, não havendo, tão pouco, relações de causa-efeito entre elas.

No mais, as análises suplementares às medidas financeiras propostas por Buchele (1962) são pouco rígidas metodologicamente e bastante contestáveis. Por exemplo, as entrevistas e julgamentos do investigador / avaliador são elementos subjetivos para serem considerados como base na avaliação dos investimentos em P&D e inovação da organização. Ou ainda, a avaliação das características pessoais da alta diretoria também traz alto grau de subjetividade do avaliador.

2.6 Modelo Corrêa MADE-O

A metodologia de Corrêa (1986) foi desenvolvida na tese de doutoramento de Hamilton Luiz Corrêa realizada na FEA – USP e foi posteriormente intitulada como MADE-O (Modelo de Avaliação do Desempenho Organizacional). O modelo desenvolvido aplica conceitos de avaliação global de organizações especificamente para empresas estatais, entretanto, ele é flexível, podendo ser aplicado para outros tipos de organizações, incluindo, as organizações privadas.

O modelo de Corrêa é formulado sob a seqüência lógica de cinco etapas para o processo de avaliação de desempenho: (1) descrição da empresa; (2) definição do módulo; (3) formulação de indicadores; (4) definição dos padrões; (5) avaliação e *feedback*; (6) verificação das causas de desempenho.

Assim, explorando cada uma dessas etapas, primeiramente, faz-se necessário o profundo conhecimento da empresa e de sua natureza de forma a descrever a empresa. Por isso, sua missão e objetivos são de fundamental importância para a avaliação de desempenho. Não obstante, as áreas de atuação, mercado consumidor, produtos e todas as informações que influenciam o desempenho da empresa contribuem para o entendimento da empresa. Porém, o modelo parte do pressuposto que as informações já existam e que são confiáveis. Sugere-se uma fase para a análise e até a elaboração das informações necessárias.

Na segunda etapa, os módulos são definidos. Módulos são as áreas relevantes as quais a empresa está dividida para efeito da avaliação, lembrando que isso não significa que cada uma representa um departamento da organização, mas sim, uma perspectiva de avaliação. Segue a relevância para o desempenho e a lógica dos negócios da empresa avaliada. Conforme apresentado Hourneaux Jr. (2005), o modelo Corrêa propõe os seguintes módulos: (a) Econômico-financeiro: mede o desempenho econômico financeiro; (b) Operacional: mede a produtividade da organização; (c) Recursos humanos: avalia o desempenho das pessoas; (d) Satisfação dos clientes: mede o nível de satisfação dos consumidores do serviço / produto; (e) Inovação tecnológica: mede o grau de inovação gerada internamente; (f) Adaptação / ambiente: mede a capacidade da empresa de se adaptar ao ambiente presente e futuro; (g) Avaliação técnica: mede o nível de qualidade dos equipamentos, máquinas e tecnologias da empresa; (h) Clima Organizacional: mede a qualidade da interação entre as pessoas e setores e as conseqüências geradas por esta interação; (i) Benefícios sociais: mede os benefícios sociais gerados; (j) Potencialidade gerencial: mede a capacidade e potencialidade dos gerentes da empresa.

É importante comentar que os módulos não obedecem a uma regra temporal para medir resultados. Podem não estar ligados ao desempenho no curto prazo, mas contribuem para a geração de resultados no longo prazo. A potencialidade gerencial é um exemplo, pois não diminui o desempenho de imediato, no entanto, pode reduzi-lo substancialmente no futuro.

Vale ressaltar que os módulos propostos não são fixos e necessitam de adaptação para a empresa em avaliação. É uma flexibilidade do modelo. Após a identificação dos módulos, deve-se hierarquizá-los de acordo com a sua importância para o desempenho da empresa.

A terceira etapa consiste na formulação de indicadores em que depois de escolhidos os módulos, definem-se as variáveis a serem medidas, os indicadores. É necessário escolher um conjunto de indicadores que sejam relevantes para o desempenho e que possam ser gerenciáveis. Assim como os módulos, os indicadores devem ser hierarquizados.

Após a definição dos indicadores os dados devem ser coletados. São utilizados questionários contendo os indicadores e sua fórmula de cálculo. As respectivas áreas devem ser responsáveis pelos *inputs* dos dados.

Com os indicadores definidos, na etapa seguinte o avaliador deve definir os padrões utilizados. Isso porque a partir de então, surge a necessidade de estabelecer parâmetros de comparação. O modelo sugere o levantamento de informações de empresas internacionais e nacionais similares. A indústria de cimento, por exemplo, por ser de infra-estrutura, tem relação direta com o nível de desenvolvimento do país em questão.

Na quinta etapa, o avaliador realiza a avaliação propriamente dita, fazendo uma avaliação abrangente da organização e identificando o nível de desempenho das áreas e de cada indicador. Com isso percebe-se não apenas as áreas e indicadores de baixo desempenho bem como se tem informações suficientes para re-hierarquizar os módulos e indicadores segundo suas contribuições. Uma análise minuciosa dos resultados obtidos pode apontar onde a empresa deve melhorar e o que deve ser corrigido. No entanto, o modelo proposto não identifica as causas dos problemas. Para tal, faz-se necessário um diagnóstico. Nesse instante o avaliador utiliza-se do *feedback*, o que torna o modelo Corrêa MADE-O dinâmico. O *feedback* é estimulante de uma cultura na organização de revisão dos processos, o que a leva a uma gestão mais eficiente e com melhores resultados.

Na sexta e última etapa, deve haver a verificação das causas de desempenho, momento no qual o avaliador deve estabelecer as relações de causa-efeito. Por exemplo, o aumento de horas extras na fábrica, por exemplo, pode aumentar a produção de um determinado mês.

Assim, Corrêa (1986) julga ser importante estabelecer essas relações para que se possa criar uma sistemática integrada entre os indicadores e os módulos da organização.

2.6.1 Vantagens do modelo Corrêa

A principal contribuição do modelo é a proposta de uma mudança da gestão da empresa. Por ser global, faz a empresa estar em constante melhora e procurando melhores caminhos para suas atividades considerando os ambientes internos e externos também. Em contraste com outros modelos de avaliação, o modelo Corrêa mostrou-se além de flexível mais abrangente.

Outro fator importante é o seu caráter dinâmico e adaptativo. O constante *feedback* e a avaliação não permitem que a empresa seja vista de maneira atemporal porque os módulos e indicadores internos e externos estabelecem o compromisso da empresa estar avaliando as relações de causa e efeito entre mudanças tanto internas como estruturais do setor. Além disso, faz com que sua missão e objetivos não só sejam seguidos como também reavaliados frequentemente.

2.6.2 Críticas ao modelo Corrêa

Cabe comentar a dificuldade da obtenção das informações no que tange a empresas de médio e pequeno porte. Além disso, a comparação com empresas internacionais pode levar as distorções porque a realidade de mercado, conjuntura econômica, social e, principalmente, de consumo, necessariamente, são diferentes. Isto não implica em desconsiderar tais informações, mas sim adaptá-las a realidade da empresa avaliada.

O preenchimento dos formulários pelas próprias áreas pode levar a manipulações de resultados. Sugere-se haver um responsável pelas informações o qual não teria tal interesse.

Deve-se também tomar cuidado porque dependendo da experiência de quem esta desenvolvendo o modelo, pode-se chegar a módulos não relevantes para a avaliação do desempenho.

Por fim, a frequência do *feedback* pode levar a fadiga dos funcionários de nível operacional e a conseqüente queda de produtividade deles. Caracteriza-se, assim, numa relação entre medidas dos módulos de recursos humanos e operacional que pode ter efeito negativo.

2.7 Modelo da Administração de Qualidade Total (*Total Quality Management*)

Os grandes fundados do movimento de administração da qualidade total foram W. Edwards Deming, Joseph Juran e Kaoru Ishikawa. A Qualidade Total é uma filosofia por meio a qual existe uma abordagem administrativa que pode ser caracterizada por envolver esses seus princípios, práticas e técnicas (DEAN JR.; BOWEN, 1994). Trata-se de um sistema de controle da produção e dos serviços da organização, tais como seus respectivos processos, buscando padronizar as atividades destes processos de forma mais produtiva e mais próxima do ideal possível. Por isso, a qualidade está altamente correlacionada com o desempenho dos negócios (FORKER *et al.*, 1996).

Para Turchi (1997), existem duas vertentes de análise da qualidade total. Existe uma, por um lado, relacionada aos administradores de empresas e consultores que buscam modelos estratégicos de implementação na organização (aumentando produtividade e competitividade). Há outra, por outro lado, relacionada aos acadêmicos que se preocupam com este programa como prática de mudança organizacional, tal como suas causas econômicas, sociais, organizacionais e comportamentais.

Isso implica que a existem diferenças conceituais provenientes das diferentes linhas de pensamento sobre o assunto. No entanto, o que vale ressaltar é que a qualidade total é tida como uma sistemática que busca a melhoria dos processos através da sua padronização ideal. Neste sentido, a grande premissa da qualidade total é que através da comoção de todos os envolvidos da organização (desde os funcionários operacionais até o nível gerencial e estratégico), pode-se oferecer produtos e / ou serviços de maior qualidade e com custos menores, além de incrementar as vendas e dar maior eficiência para a empresa (ISHIKAWA, 1993). Isso se explica porque o controle da qualidade é hoje um imperativo de competitividade, sendo sua prática uma estratégia de controle e melhoria dos processos produtivos (YONG; WILKINSON, 1999) e até mesmo uma exigência do mercado através dos certificados de qualidade obtidos com essas práticas (SCHMIDT, 2000). Os autores que verificaram as metodologias de certificações (*e.g.* HOURNEAUX JR., 2005; YOKOMIZO, 2009) consideram que as certificações de qualidade mais influentes para as organizações são o Prêmio Deming, o Prêmio Malcom Baldrige, Prêmio Europeu de Qualidade e Prêmio Nacional de Qualidade. Hourneaux Jr. (2005) sintetiza a comparação desses quatro modelos, conforme os elementos contidos em cada um deles, no Quadro a seguir:

Quadro 3 – Elementos presentes nos métodos de Administração Qualidade Total

Item contido no modelo	PEQ	PNQ	Malcom Baldrige	Deming
Liderança	x	x	x	
Estratégia	x		x	x
Políticas		x	x	x
Parcerias e recursos	x			
Processos (incluindo qualidade)	x	x	x	x
Resultados-chave de desempenho	x	x	x	
Informações e conhecimento		x	x	x
Pessoas	x	x	x	
Clientes	x	x	x	
Sociedade	x	x		
Mercado			x	
Organização e operação				x
Educação				x

Fonte: Adaptado de HOURNEAUX JR. 2005, p. 53.

Essa busca de maior eficiência envolve também os funcionários e seu bem-estar no ambiente de trabalho (JURAN, 1969; ISHIKAWA, 1993; GAGNO; VENTURI, 1997), tal como os próprios clientes da organização. Tanto porque, um dos preceitos da qualidade é que o consumidor se satisfaça com a qualidade que o produto da organização consegue apresentar (DEAN JR.; BOWEN, 1994).

Segundo Hackman e Wageman (1995), um dos fatores que a Qualidade Total assume é a redução de custos, o que pode parecer paradoxal já que o processo de se implantar e manter um programa de Qualidade Total envolve custos consideráveis à organização. No entanto, os autores afirmam que estes custos são menores que os custos relacionados ao monitoramento, controle e retrabalho nos processos da empresa de má qualidade. Segue-se assim a filosofia de Juran e Deming exposta em Juan e Gryna (1988), em que se acredita que manter a qualidade é uma forma de manter menores custos e de, segundo Deming (1986), manter sustentabilidade de crescimento à organização.

2.7.1 Contribuições do modelo de Qualidade Total

Como contribuições do modelo de Qualidade Total, o primeiro fator relevante são os benefícios de longo prazo que ele pode trazer. Quando utilizada a ferramenta sistematicamente, há resultados sustentáveis para a organização, assim como defende Deming (1986). Esses benefícios de longo prazo são resultantes da filosofia de melhoria contínua da Administração da Qualidade Total (DEAN JR.; BOWEN, 1994).

Cria-se também uma atmosfera de cooperação e envolvimento entre os funcionários, que o que Dean Jr. e Bowen (1994) chamam de *teamwork*.

A elaboração de um programa de Qualidade Total tem também caráter prescritivo, o que faz com que exista todo um planejamento das ações e atividades dos procedimentos organizacionais. Tais iniciativas impactam positivamente na redução de custos na produção e no aumento da qualidade e padronização das atividades empresariais. A Administração de Qualidade Total oferece, portanto, uma metodologia para as práticas dos processos organizacionais (SPENCER, 1994).

2.7.2 Críticas do modelo de Qualidade Total

A primeira consideração problemática que o modelo de Qualidade Total traz é que ele tem caráter estruturalista na empresa, ou seja, ele tem resultados mais significativos no longo prazo. Isso faz com que se leve tempo para os seus benefícios serem observáveis, o que pode gerar impaciência e crises à expectativa da implantação do modelo. O modelo não aborda também questões relativas às alterações na estrutura organizacional.

Outro fator que se demonstra falho no modelo de Administração da Qualidade Total é que ele propõe questões relativas à eficiência da organização (melhoria de seus processos) e não de eficácia (resultados). Nesta filosofia, os resultados são tidos como consequência de uma melhoria dos processos produtivos. Essa ausência de metas bem definidas pode fazer com que os funcionários se sintam desmotivados frente à falta do sentimento de realização e cumprimento de metas estratégicas.

Outro problema que essa metodologia tem é que ela é focada nos processos internos da empresa, desconsiderando assim as influências e os aspectos externos à organização para a estrutura do modelo. A única influência externa do modelo é a busca em atender o cliente de forma adequada, seja num serviço, seja no provimento de um produto de qualidade. Ademais, esses processos internos podem acabar ficando muito rígidos e engessados, o que dificultaria a presença de novos procedimentos e inovações nos processos, além da flexibilidade da organização.

Nota-se também a necessidade de especialização estatística para monitoramento de desempenho, assim como propõe Bissel (1994), o que pode dar uma complexidade maior às ações de controle exigidas pelo programa. Portanto, essa necessidade da estatística para o controle para afastar não apenas a simplicidade do modelo como pode também fazer com que

o gestor tenha dificuldades de lidar com esses dados, havendo a necessidade de um funcionário específico para este tipo de tarefas.

Outra crítica do modelo é que ele é visto como responsabilidade de implantação apenas da alta diretoria (HACKMAN; WAGEMAN, 1995) quando na verdade é focada nos processos operacionais. Nesta visão, a parte operacional envolve-se pouco com o programa de Qualidade Total, tanto que diante de um sucesso de melhoria dos processos, atribui-se geralmente esses ganhos ao programa e não aos funcionários que se empenharam na aceitação, implantação e coordenação do programa. Precisa-se ainda lembrar que tal fato é alavancado frente ao “culto ao TQM” (*Total Quality Management*) que promove uma transformação cultural exagerada e de modo geral, sucesso não é atribuído às pessoas, e sim à metodologia TQM. Ademais, para Powell (1995), a implantação de uma Administração de Qualidade Total implica na reestruturação social da organização, o que traz consigo o risco de não trazer retornos favoráveis.

Por fim, tem-se ainda a crítica relacionada às certificações. Elas são imbuídas de tamanha subjetividade em suas metodologias e processos que põem em risco sua real validade em termos de melhorias concretas à organização (HENNESSEY JR.; BERNARDIN, 2003). No mais, existe o risco de haver o mercado da certificação, em que as organizações buscam certificações por exigências de mercado e isomorfismo com as demais organizações e não necessariamente para a busca de melhoria de processos.

2.8 Modelo *Strategic Measurement Analysis and Reporting Technique* (SMART)

O modelo *Strategic Measurement Analysis and Reporting Technique* (SMART) foi elaborado pelo *Wang Laboratories Inc.* frente à insatisfação do vigente e tradicional uso de medidas financeiras para avaliação (LYNCH; CROSS, 1991; GHALAYINI; NOBLE, 1996; GHALAYINI *et al.*, 1997). Ele foi desenvolvido sob o objetivo de se desenvolver um sistema de controle administrativo com indicadores de desempenho planejados para definir e sustentar o sucesso da organização (GHALAYINI; NOBLE, 1996). Para Cross e Lynch (1988), os grandes divulgadores do modelo, o SMART é um sistema de mensuração de desempenho que tem em seu conceito central os preceitos desenvolvidos pela Administração de Desempenho proposta anteriormente por Drucker (1954).

Portanto, ele é um sistema de mensuração de desempenho baseado no estabelecimento de um objetivo corporativo. Assim, o modelo SMART integra medidas internas e externas da

organização, de forma cascadeada e proveniente da alta administração, garantindo que a visão da organização seja transmitida e que façam parte dos objetivos internos e externos das unidades de negócios (KENNERLEY; NEELY, 2002). A Figura a seguir demonstra graficamente os conceitos do SMART na forma de pirâmide de desempenho. Como fundação da pirâmide de desempenho, as medidas operacionais são o meio pelo qual a organização atinge seu objetivo estratégico e assegura o sucesso da implementação estratégica dessas metas estabelecidas pela alta gerência (GHALAYINI; NOBLE, 1996).

Figura 7 – Pirâmide de desempenho de Cross e Lynch (1988)

FONTE: Adaptado de CROSS; LYNCH, 1988, p. 25.

Sobre a pirâmide de quatro níveis do modelo, de acordo com Cross e Lynch (1988) e conforme a interpretação de Ghalayini e Noble (1996), o sistema SMART tem medidas e objetivos, cujos níveis se dividem (de cima para baixo) em: (1) no topo está a visão estratégica da organização, em que a diretoria designa o papel de cada unidade de negócios e aloca os recursos para essa unidade; (2) o objetivo para cada unidade de negócios é definida tanto em termos financeiros quanto de mercado; (3) no terceiro nível, objetivos mais tangíveis podem ser definidos para cada unidade de negócios em termos de satisfação do consumidor, flexibilidade e produtividade; (4) no quarto e último nível, que é o nível departamental, a satisfação do consumidor, a flexibilidade e a produtividade são representados por critérios operacionais específicos, que abrangem a qualidade, a entrega, tempo de processamento e custo.

2.8.1 Vantagens do modelo SMART

Para Ghalayini e Noble (1996), a grande contribuição do SMART é tentar integrar os objetivos estratégicos organizacionais com os indicadores de desempenho operacionais. Essa integração é algo dinâmico e contínuo, em que conforme os objetivos futuros da organização alteram-se, existe também um auto-ajuste na estrutura do sistema de mensuração de desempenho (CROSS; LYNCH, 1988). Portanto, o SMART não fica preso a uma perspectiva do passado da organização, ele se adapta às suas tendências temporais.

Pelo fato do SMART abranger os preceitos da Administração por Objetivos, proposta anteriormente por Drucker (1954), em sua conceituação, fazendo Cross e Lynch (1988) entenderem que o empregado operacional define suas metas antes da execução das tarefas, o que não apenas esclarece para ele a importância das suas atividades, como também serve de base para sua posterior avaliação de desempenho individual.

Lynch e Cross (1991) acreditam ainda que a implantação do SMART na organização pode ser um meio propulsor da mudança de cultura e *mindset* na organização, em que existem funções realizadas de forma individualizada, sem relação com o funcionamento macro da organização, típico da hierarquização vertical. Os autores acreditam que o SMART pode propiciar a integração das atividades individuais com as redes fornecedores-clientes (fluxo de trabalho horizontal).

2.8.2 Desvantagens do modelo SMART

O sistema SMART não oferece nenhum mecanismo para se identificar os indicadores-chave de desempenho para qualidade, ciclo de vida, custo e entrega (GHALAYINI; NOBLE, 1996). O modelo ainda não aborda explicitamente o conceito de melhoria contínua (*ibid*).

Para garantir que a visão estratégica definida no topo da pirâmide possa ser repassada para os níveis operacionais da organização, é necessário que exista um sistema de comunicação eficiente dentro da organização, o que nem sempre é viável e de fácil implementação.

3.9 Modelo *Balanced Scorecard* (BSC)

O *Balanced Scorecard* (BSC) é seguramente o mais popular modelo de avaliação de desempenho nos dias atuais. Ele foi desenvolvido por Robert Kaplan e David Norton e apresentado à comunidade através de seus artigos seminais publicados, principalmente, na década de 1990, no consagrado periódico gerencial *Harvard Business Review*. Trata-se de um sistema que tem como objetivo esclarecer a estratégia exata que a organização pretende adotar (BONTIS *et al.*, 1999) e transformar essa meta proposta em ações específicas para que se possa cumprir esses objetivos traçados e alcançar o máximo de benefícios (KAPLAN; NORTON, 1992) em perspectivas que não somente a financeira. Por isso, é bastante usado por empresas para avaliar e administrar seus desempenhos (BRAAM; NIJSSEN, 2004) e desde o início, teve grande aceitação tanto de acadêmicos quanto de administradores que o utilizam na prática (BUTLER *et al.*, 1997)¹¹. Ainda mais porque o *Balanced Scorecard* vem adquirindo resultados positivos na prática (PAPENHAUSEN; EINSTEIN, 2006) e organizações que o utilizam vêm demonstrando rentabilidade maior que aquelas que apenas usam indicadores financeiros (ROCHA *et al.*, 2010). Isso se explica no pensamento de Kaplan e Norton (1992) que defendem que o *Balanced Scorecard* pode dar uma visão rápida e compreensiva dos negócios da organização.

O *Balanced Scorecard* permite ao administrador observar a organização sob quatro perspectivas, proporcionando assim a resposta para quatro perguntas básicas:

- Como os consumidores nos vêem? – Perspectiva do consumidor ou cliente;
- Como parecemos aos *shareholders*? – Perspectiva financeira;
- Em que devemos nos sobressair? – Perspectiva interna;
- Podemos continuar melhorando e criando valor? – Perspectiva da inovação e aprendizado

Assim, o *Balanced Scorecard* oferece maiores níveis de ganhos à organização porque os gestores conseguem posicionar-se de forma a servir melhor seus consumidores, empregados e *shareholders* (SIM; KOH, 2001). A figura a seguir representa o esquema de inter-relação entre as quatro dimensões propostas pelos autores.

¹¹ Importante ressaltar que por mais que o BSC tenha tido sucesso na prática, estudos nacionais (*e.g.* FREZATTI, 2005) demonstram uma realidade controversa no Brasil, onde poucas organizações de médio e grande porte utilizam-se do *Balanced Scorecard* como ferramenta de gestão.

Figura 8 – As quatro perspectivas do *Balanced Scorecard*

FONTE: Adaptado de KAPLAN; NORTON, 1992, p. 72; KAPLAN; NORTON, 1996b, p. 76.

Desta forma, o *Balanced Scorecard* minimiza as informações sobrecarregadas limitando o número de medidas utilizadas (KAPLAN; NORTON, 1992). Ademais, o sistema traz não apenas uma forma de mensurar o apenas através de indicadores como ainda pode apresentar as relações causais entre outros indicadores não-financeiros com os financeiros (WONG-ON-WING *et al.*, 2007). Não obstante a isso, o foco em indicadores exclusivamente financeiros pode fazer com que os administradores concentrem-se em cortar investimentos na busca de um melhor desempenho financeiro, o que pode prejudicar a organização em seus planejamentos de longo prazo (BANKER *et al.*, 2004), o que vai em desencontro com a concepção de planejamento estratégico de longo prazo do *Balanced Scorecard*.

3.9.1 Vantagens do BSC

Uma das grandes vantagens do BSC foi popularizar um retrato mais compreensível das organizações através do uso de indicadores financeiros e não financeiros (NØRREKLIT, 2000). Nessa perspectiva de integração e balanceamento entre as diferentes medidas faz com que uma delas não necessariamente seja atingida em detrimento de outra, mas sim, de forma balanceada (KAMEL, 2007). Assim, deve-se esclarecer que o *Balanced Scorecard* não é apenas uma técnica de mensuração de desempenho, ele pode assumir um papel maior que isso, sendo um sistema de administração (BUTLER *et al.*, 1997). Portanto, o BSC não é apenas um instrumento para a mensuração estratégica, mas também é um sistema para o controle estratégico (KAPLAN; NORTON, 1996a) e para a administração estratégica

(KAPLAN; NORTON, 1996b). Não sendo o bastante, o BSC pode servir como um comunicador interno das estratégias organizacionais (NØRREKLIT, 2000). Ou seja, o BSC pode ter o papel de gerenciador, organizador e comunicador das estratégias das organizações para as suas áreas operacionais. Não obstante, se implementado de maneira adequada, o BSC pode oferecer uma quantidade relativamente pequena de medidas a custos relativamente baixos (LETZA, 1996). Favorece-se assim a gestão da alta administração, sendo uma ferramenta de maior efetividade para o uso da alta administração.

Ainda sobre as perspectivas propostas por Kaplan e Norton (1992; 1996), os autores defendem que para o modelo adaptar-se às especificidades de cada uma das organizações, novas perspectivas poderiam ser adotadas. Por isso o *Balanced Scorecard* deve ser individualizado e customizado em cada organização para atender os objetivos específicos dentro da realidade singular de cada empresa (AHN, 2005). Maltz *et al.* (2003) citam o exemplo da Unilever no qual o *Balanced Scorecard* foi implementado com o acréscimo de uma dimensão a mais, a de desenvolvimento de pessoas (funcionários). Por sua vez, Butler *et al.* (1997) apresenta o caso da RCE, que também adaptou o padrão das dimensões do BSC original para adequar sua realidade e necessidades. Outro exemplo pode ser encontrado no estudo de Zingales e Hockert (2003) que apresentam o caso da Shell em que uma dimensão de desenvolvimento sustentável, ligada aos aspectos sociais e ambientais, foi adicionada. Esse exemplo se assemelhava bastante ao *Sustainability Scorecard*, a ser discutido posteriormente nesse trabalho.

O BSC consegue também oferecer maior temporalidade de análise para os gestores, fazendo com que exista uma orientação estratégica e, portanto, de longo prazo. Essa temporalidade faz com que o gestor possa realizar um planejamento mais adequado e estruturado em termos globais da organização.

Por fim, o BSC oferece a concepção da relação de causa-efeito em que o desempenho de uma perspectiva afeta o desempenho de outra. O modelo aborda a existência de um seqüenciamento de ações e inter-relações entre as medidas e perspectivas para que se atinja o objetivo estabelecido pela organização.

3.9.2 Desvantagens do BSC

O *Balanced Scorecard* oferece a alta administração uma visão geral do desempenho da organização, sendo dificilmente aplicável aos níveis das operações (GHALAYINI *et al.*, 1997), faltando então uma visão mais aprofundada dos processos da organização. Nesse

sentido, o BSC não reflete o desempenho sob diferentes dimensões e níveis hierárquicos da organização (KENNERLEY; NEELY, 2002), servindo de instrumento direcionado para a alta administração (SCHNEIDERMAN, 1999).

Kaplan e Norton (1996a) deixam claro sua visão de que tudo que é mensurável pode ser gerenciado, o que reflete no BSC quando se percebe que o modelo considera todas as perspectivas e elementos mensuráveis. Isso pode ser um problema quando se trata de variáveis que não podem ser mensuradas por sua natureza (LETZA, 1996), como, por exemplo, os ativos intangíveis, levando à criação de indicadores que podem não refletir a realidade de fato, por ser uma mensuração incoerente.

O BSC concentra-se também nas dimensões internas (negociações internas e inovação / aprendizado) da organização que resultam nas dimensões resultantes (perspectiva financeira e cliente / consumidor). Ele não se foca nas perspectivas externas da organização. Dessa forma, a estratégia da organização acaba considerando apenas os elementos internos da organização.

Não o bastante, Kanji (1998) desenvolveu um modelo bastante semelhante ao BSC, chamado *Comparative Balances Scorecard* (CBS), em que se buscava a excelência dos negócios, mudando a perspectiva de clientes para a perspectiva de *stakeholders*, dando então maior foco aos interesses dos *stakeholders* que não os clientes. Isso já demonstrava uma tendência da área em se buscar atender o *stakeholder* através dos modelos de desempenho.

As relações de causa-efeito apresentadas pelo BSC também se apresentam de forma subjetiva, dado que não se estabelece claramente o porquê das ligações entre as perspectivas.

Por mais que o *Balanced Scorecard* seja capaz de apontar alguns problemas identificados na organização, ele não é capaz de oferecer por si só resultados para a empresa (SELF, 2004) já que estes dependem da própria habilidade dos gestores em observar o problema e sugerir melhorias. Ele apresenta apenas *feedbacks* de resultados (JOHNSEN, 2001) e, por isso, o *Balanced Scorecard* é apenas uma parcela do processo de aprimoramento da organização, sendo visto apenas como o topo do iceberg das melhorias por Schneiderman (1999), dependendo assim de outros fatores inerentes às capacidades do gestor.

3.10 Modelo Skandia Navigator

O modelo *Skandia* nasceu no próprio grupo Skandia, que tem origem sueca e oferece serviços financeiros (BOSE, 2004). Seu modelo desenvolvido ganhou notoriedade em 1994

quando se considerou o capital intelectual elemento central para a organização (ROY, 1999). Diante da competitividade do mercado, a Skandia julgou necessário criar um mecanismo de mensuração de resultados adaptado a uma empresa prestadora de serviços, que detém um conjunto de caracteristicamente intangíveis, que praticamente inviabilizam a aplicação de modelos tradicionais de mensuração de desempenho. Assim sendo, a *Skandia* tem como principal ativo o conhecimento compartilhado, capaz de gerar riqueza entre as diversas subsidiárias, e *stakeholders* (AMIDON, 1997). Dentro dessa concepção, o modelo *Skandia* utiliza 164 medidas de desempenho, sendo 91 delas ligadas ao capital intelectual e as demais 73 relacionadas aos tradicionais indicadores financeiros (BOSE, 2004).

A partir disso, ela passou a usar um sistema de cinco princípios que permeiam suas operações.

- **Lucratividade a longo prazo:** serão oferecidos aos consumidores produtos e serviços inovadores e de “classe mundial”; as operações que não tiverem performance compatível com os objetivos de longo prazo e com as taxas esperadas de retorno deverão ser reestruturadas.
- **Foco no consumidor:** serão oferecidos serviços e produtos competitivos, fáceis de serem acessados, e que vão ao encontro das necessidades dos clientes.
- **Liderança:** os líderes da organização pensam e agem com sabedoria negocial – o alcance de resultados e a habilidade em estimular o desenvolvimento dos empregados é um aspecto-chave.
- **Contribuição:** queremos empregados que se desenvolvam, encontrem estímulos no próprio trabalho e que assumam responsabilidades.
- **Valor para o acionista:** as ações da *Skandia* deverão produzir um retorno total competitivo.

Assim, o “O Navegador de Capital Intelectual da *Skandia*” apóia-se em quatro blocos construtivos que se integram para a criação de valor: capital financeiro; capital organizacional; capital do consumidor; capital humano, e que constituem um sistema de planejamento de negócios equilibrado e orientado para o futuro. Vale aqui lembrar que, assim como denota Edvinsson (1997), o capital intelectual é a soma do capital humano (valores, conhecimentos e habilidades) e o capital estrutural da empresa (todo resto da organização que não as pessoas), o que demonstra a abrangência e complexidade de seus conceitos. Para o autor, a partir do capital intelectual então, pode-se derivar outros tipos de capitais relevantes para a avaliação da organização, conforme a representação da Figura a seguir.

Figura 9 – Valor do capital intelectual e ferramenta de mensuração

FONTE: Adaptado de EDVINSSON, 1997, p. 369.

Em se tratando de organizações de prestação de serviços, constatou-se, à luz da pouca expressividade de ativos tangíveis em relação ao valor total da empresa, que as operações intensivas em conhecimento eram determinantes para a criação de valor (EDVINSSON; MALONE, 1997).

O propósito do Navegador de Capital Intelectual da *Skandia* é oferecer uma taxonomia complementar de contabilidade e um novo enfoque de gestão, baseado na vivência e no fomento à criação do conhecimento, nele fica retratado o equilíbrio entre passado – foco financeiro, presente – foco consumidor, humano e dos processos, e futuro – foco renovação e desenvolvimento (MOURITSEN *et al.* 2001).

O Navegador apresenta um panorama geral e abrangente das operações, permitindo desdobrar a visão e os objetivos em indicadores concretos associáveis a atividades que vão até a responsabilidade de cada indivíduo no posto de trabalho. A estrutura conceitual do *Skandia Navigator* é bastante semelhante ao BSC, conforme se pode observar na Figura a seguir:

Figura 10 – As perspectivas do *Skandia Navigator*

FONTE: EDVINSSON, 1997, p. 371.

A Skandia acredita que investimentos realizados no desenvolvimento do capital intelectual são os vetores que impulsionam o sucesso financeiro. A partir de 1999, o processo orçamentário tradicional foi substituído pelo modelo. Cada uma das subsidiárias da Skandia conta com seu próprio sistema de orientação estratégica, todos integrados e conformes ao princípio da organização-mãe. Algumas unidades já conseguiram desenvolver navegadores pessoais para os empregados, criando um novo sistema de comunicação, aprendizagem e retribuição por meio de bonificações (SKANDIA, 2007).

2.10.1 Vantagens do modelo *Skandia*

A contribuição do modelo *Skandia* reside, principalmente, na demonstração da importância do capital humano na avaliação de desempenho da empresa, com indicadores próprios. O capital humano não apenas é considerado, mas é visto como elemento central para avaliação das organizações. Esse conceito pode ser muito importante para todas aquelas organizações que detém o conhecimento e o capital humano como seu principal ativo.

O Skandia também envolve a questão temporal para a análise do capital intelectual. Ou seja, para suas análises, não se considera como objetivo final os resultados financeiros, mas sim, como eles foram aplicados ao longo do tempo, em especial, como eles foram aplicados no desenvolvimento do capital intelectual da organização (BOSE, 2004).

A adoção do modelo *Skandia* consegue trazer ganhos para a organização não decorrem apenas de sua operacionalidade e mudança de mentalidade interna, mas também na reputação externa que isso pode gerar. Por exemplo, Andriessen (2004) aponta que o grupo Skandia

conseguiu ganhos de 1% em suas taxas de juros de investimentos externos em decorrência da reputação obtida. Sobre essas percepções, o autor ainda defende que o modelo pode favorecer em: (1) aproximar os valores contábeis e reais; (2) melhorar o fornecimento de informações sobre a real situação da empresa e das capacidades e desempenho futuro; (3) redução de assimetria de informações; (4) aumentar a habilidade de levantamento de capital; (5) melhorar a reputação da organização e aumentar o valor de suas ações.

2.10.2 Críticas ao modelo *Skandia*

O modelo se foca em demasia no capital intelectual, e por vezes, pode deixar de lado o foco em outras perspectivas. No *Skandia Navigator*, as demais perspectivas são derivadas do capital intelectual, já que ele é elemento central do modelo. Isso pode ser prejudicial para a aplicabilidade em organizações em que o capital intelectual tem menor relevância, em especial, para as organizações não prestadoras de serviços, lembrando que o grupo Skandia é baseado na prestação de serviços e, por isso, a grande relevância do capital intelectual, que é o seu principal ativo.

Para Marr *et al.* (2003) apontam que os estudos sobre o capital intelectual, em sua grande maioria, se focam nas discussões teóricas e pouca aplicação prática vem sendo realizada para mensurar esse capital intelectual. Isso se reflete no modelo do *Skandia Navigator* em que a mensuração do capital intelectual é complexa e, por vezes, pouco factível com a realidade. De fato, isso se verifica no *Skandia Navigator*, que é um modelo que se apóia no balanço patrimonial das organizações para refletir valores monetários para o capital intelectual, o modelo negligencia alguns componentes do capital intelectual que têm papel importante, tal como a cultura organizacional, o aprendizado e a criatividade dos empregados (CHEN *et al.*, 2004).

Não obstante, os indicadores desenvolvidos no *Skandia* não necessariamente representam validade prática, dado que alguns podem ter problemas de premissas em suas formulações (*ibid*). Eles podem dar margem à validade de seus resultados, não necessariamente representando conhecimentos investidos na competitividade da organização.

2.11 Modelo SIGMA *Sustainability Scorecard*

O modelo SIGMA está altamente ligado à idéia de sustentabilidade, esta que provém de vários preceitos de continuidade. Para que a continuidade organizacional seja possível, diversas são as preocupações, estas que não necessariamente limitam-se aos fatores internos da empresa, mas têm relação, principalmente, com elementos externos da organização.

Assim, a sustentabilidade passou a ser um assunto organizacional emergente na realidade empresarial, principalmente no último quarto do século XX. Tanto se verifica quando se observa a emergência e a relevância que vêm ganhado no contexto organizacional as preocupações de dimensões que vão além das fronteiras da organização. Os modelos de avaliação de desempenho começam a interligar a gestão ambiental e social com a gestão a gestão de negócios e a estratégia de competitividade (SCHALTEGGER; WAGNER, 2006). Desta forma, a estratégia organizacional passa a estar ligada à administração da sustentabilidade (FIGGE *et al.*, 2002).

Para Bell e Morse (1999), as visões de sustentabilidade apóiam-se em duas vertentes: Uma que considera muito pouco (ou praticamente desconsidera) as questões financeiras na chama sustentabilidade rígida; e outra se apóia no conceito de sustentabilidade fraca, em que as questões financeiras são importantes enquanto os demais fatores são na verdade resultados de uma análise de custo-benefício para a organização.

Diante disso, a conceituação de sustentabilidade consiste em utilizar-se de recursos no presente sem que este consumo prejudique ou comprometa as capacidades de gerações futuras. Importante ressaltar ainda que, de acordo com Goodland (1995), a sustentabilidade envolve três dimensões distintas em sua conceituação, havendo, portanto, sustentabilidade social (busca de capital social e moral), sustentabilidade econômica (capital econômico) e sustentabilidade ambiental (prevenção de danos à humanidade e de caráter ambiental). Figge *et al.* (2002) falam diante deste conceito que é desejável que a performance da organização tenha efeitos nessas três dimensões, que formam o chamado *triple bottom line*.

Há autores, como Figge *et al.* (2002) que defendem o uso do *Balanced Scorecard* Sustentável (SBSC – *Sustainability Balanced Scorecard*) para a avaliação das práticas relacionadas à sustentabilidade da organização de caráter social e ambiental. Os autores dizem que no momento do planejamento do SBSC deve-se considerar a unidade de negócios, tal como sua exposição social e a determinação de uma estratégia com questões relativas ao ambiente e aos aspectos sociais (considerando *stakeholders* diretos e indiretos). Este tipo de BSC recebe, inclusive, uma perspectiva a mais que as quatro tradicionais perspectivas

propostas por Kaplan e Norton (1992) que é a não mercadológica. Esta quinta perspectiva envolve indicadores referentes à: liberdade das ações; legitimidade; legalidade; indicadores líderes ou deficitários das outras perspectivas (FIGGE *et al.*, 2002). Reforça-se aqui a questão da integração entre as perspectivas porque se trata de uma nova perspectiva que deve estar integrada com as demais considerações de avaliação de desempenho da empresa. Na opinião de Woerd e Brink (2004), deve-se haver a integração de conceitos a fim de ampliar a perspectiva financeira para a idéia de geração de valor agregado.

2.11.1 Vantagens do modelo SIGMA

A primeira grande vantagem do modelo SIGMA é trazer para os modelos de desempenho organizacional a questão da sustentabilidade e, conseqüentemente, agregar a questão social e ambiental para a avaliação. Com isso, consegue-se no mesmo relatório gerencial de sustentabilidade conter informações de ambientais e sociais com informações de negócios (SCHALTEGGER; WAGNER, 2006).

Não obstante, quando os conceitos de sustentabilidade estão contidos na avaliação de desempenho da organização, tem-se como conseqüência uma avaliação de sustentabilidade da organização de forma integrada, interligando as diferentes perspectivas de avaliação.

2.11.2 Desvantagens do modelo SIGMA

A desvantagem do modelo SIGMA de sustentabilidade é que por muitas vezes, seus usuários se orientam para as questões ambientais, como foco principal e objetivo final das organizações. Isso pode gerar um modelo que não representa com fidelidade a realidade das organizações, dado que poucas organizações têm como visão corporativa a sustentabilidade ambiental.

2.12 Modelo IPMS (*Integrated Performance Measurement System*)

O modelo de avaliação de desempenho IPMS (*Integrated Performance Measurement System*) foi desenvolvido por Bititci *et al.* (1998a; 1998b). O modelo baseou-se em grande parte na idéia de integração da avaliação de desempenho proposta por trabalhos como Ghalayini e Noble (1996) e Ghalayini *et al.* (1997). Bititci *et al.* (1998b) desenvolvem seu

modelo partindo da premissa de que as organizações contêm quatro grandes níveis de estruturas de controle que estão integrados entre si: (1) Negócio; (2) Unidades de negócios; (3) Processos de negócios; (4) Atividades. Os autores alegam ainda que cada um desses níveis de estrutura considera quatro elementos: (a) requerimentos dos *stakeholders*; (b) monitoramento externo; (c) objetivos; (d) medidas de desempenho.

Figura 11 – Modelo de referência para o IPMS

FONTE: Adaptado de BITITCI *et al.*, 1998b, p. 180.

Dessa forma, para cada um dos níveis de estrutura da organização, Bititci *et al.* (1998b) dizem que, deve haver as seguintes considerações:

- 1) Reconhecer e entender os requerimentos de seus *stakeholders*.
- 2) Monitorar sua posição externa em relação aos competidores e ao nível mais elevado de desempenho estabelecido para se identificar necessidades de desenvolvimento da organização;
- 3) Estabelecer objetivos baseados nas implicações e na criticidade do desenvolvimento dos *gaps* do passo 2 juntamente com as metas apropriadas e com a escala de tempo;
- 4) Monitorar e rever esses objetivos por meio de relatórios de medidas de desempenho;

- 5) Transmitir esses objetivos para os níveis mais baixos da organização.

2.12.1 Vantagens do modelo IPMS

O IPMS é baseado na visão administrativa da organização (LAITINEN, 2002), o que oferece não apenas o envolvimento da alta administração no sistema de avaliação de desempenho da organização, mas também possibilita uma visão global para o sistema de avaliação de desempenho.

No mais, o IPMS parte do reconhecimento das exigências dos *stakeholders* das organizações para estabelecer, posteriormente, as metas da organização em relação aos competidores e às *best practices* de desempenho. Isso significa também que se consideram para esse modelo de desempenho os aspectos externos da organização e a relação dela com o ambiente e seus *stakeholders*, e não apenas os aspectos internos.

2.12.2 Desvantagens do modelo IPMS

O IPMS parte da relação da organização com seus *stakeholders* e assim foi desenvolvido para o uso da alta administração. Isso enfraquece o modelo no momento de aplicar essas demandas externas para as operações porque podem existir dificuldades em se operacionalizar as necessidades dos *stakeholders* identificadas.

O IPMS também não abordava o dinamismo da avaliação de desempenho, capaz de proporcionar a revisão constante do sistema de avaliação de desempenho. Para incrementar o modelo, Bititci *et al.* (2000) inclusive defenderam que o IPMS deveria ser dotado de maior dinamismo, contendo sistemas de controle interno e externo, mecanismos de revisão dos processos, sistemas de divulgação e algumas características de indicadores de desempenho.

2.13 Modelo Prisma de Desempenho

O modelo Prisma de Desempenho surgiu diante da percepção de uma nova crise no campo da mensuração de desempenho (NEELY *et al.*, 2000a). Para os autores, o modelo parte da idéia de que os gestores devem buscar entender o porquê de se estar buscando a mensuração do desempenho da organização, compreendendo o que ele está tentando atingir e qual é a melhor forma de atingir isso (*ibid*).

Para Neely *et al.* (2002), a metáfora do prisma parte da idéia de que um prisma reflete a luz branca em diversas outras cores e representa a complexidade escondida de algo que aparece simples, mas, não é, tal como a própria luz branca. Assim, os autores acreditam ser a verdadeira complexidade da mensuração e da gestão do desempenho. Embasando-se nessa metáfora, os autores oferecem uma teorização para o presente modelo de avaliação de desempenho apoiando-se em cinco perspectivas, sendo cada um deles representados metaforicamente por um lado do prisma. Conseqüentemente, essas cinco perspectivas levam a cinco perguntas as quais o gestor deve responder para entender seu processo de mensuração e avaliação de desempenho, sendo elas:

- 1) **Satisfação dos stakeholders:** quem são nossos *stakeholders* e o que eles querem e precisam?
- 2) **Contribuição dos stakeholders:** o que nós queremos e precisamos dos nossos *stakeholders*?
- 3) **Estratégias:** que estratégias devemos colocar em prática para satisfazer as nossas necessidades e as dos *stakeholders*?
- 4) **Processos:** que processos devemos colocar em prática para satisfazer o conjunto de necessidades e vontades?
- 5) **Capacidades:** que capacidades / recursos precisamos para operar nossos processos mais eficazmente e mais eficientemente?

Importante entender, conforme apontam Bourne *et al.* (2003), nessa enumeração de itens proposta pelos elaboradores do modelo que o sistema de avaliação de desempenho não parte da estratégia da organização como comumente acontece nos demais modelos. O modelo parte das vontades e necessidades dos *stakeholders* ao invés da estratégia corporativa. Isso implica que a premissa fundamental desse modelo é que a organização existe em sua essência para satisfazer seus *stakeholders*. A estratégia nessa sistemática é resultado das vontades e necessidades dos *stakeholders* conjuntamente com as vontades e necessidades da própria organização. Vale mencionar que o *stakeholder*, na maioria das organizações, é o acionista (*shareholder*), no entanto, essa visão de *stakeholder* deve ser ampliada para outros investidores, consumidores, empregados, fornecedores etc. (KENNERLEY; NEELY, 2002). Com essa sistemática, o modelo pode ser aplicado integrando tanto as funções horizontais da organização quanto as hierárquicas (TATTICHI; BALACHANDRAN, 2008).

A Figura a seguir sintetiza graficamente o Prisma de Desempenho e suas cinco perspectivas:

Figura 12 – Prisma de Desempenho

FONTE: Adaptado de NEELY *et al.*, 2001, p. 12.

2.13.1 Vantagens do modelo Prisma de Desempenho

A premissa básica do modelo que é partir da idéia de satisfazer seus *stakeholders* faz com que o modelo tenha maior flexibilidade para atender outros tipos de organização que não somente aquelas de objetivos financeiros. Isso implica que o foco do estabelecimento de metas e objetivos organizacionais dos quais derivam os modelos não é mais orientado internamente, passando a ter considerações também externas (BOURNE *et al.*, 2003).

2.13.2 Desvantagens do modelo Prisma de Desempenho

A crítica que se pode fazer sobre o Prisma de Desempenho é que ele não aborda em profundidade o capital intelectual da organização, o qual é relevante e elemento central de alguns modelos de avaliação de desempenho (como o *Skandia Navigator*, por exemplo). Para Marr *et al.* (2004), O Prisma de Desempenho aborda os ativos de conhecimento das organizações, como a capacidade das pessoas, das práticas e das rotinas, tal como as capacidades da infra-estrutura da organização, entretanto, ele não explicita quais desses ativos do conhecimento devem ser escolhidos.

2.14 Comparação dos principais modelos da área

Depois de apresentados os principais modelos de avaliação de desempenho disponíveis na literatura, tais como suas vantagens e desvantagens, desenvolveu-se o Quadro a seguir com os elementos conceituais para avaliação de desempenho disponíveis na literatura e sua presença em cada um dos modelos.

Pode-se, portanto, perceber que cada um dos modelos contém suas especificidades, que variam conforme o pano de fundo conceitual ao qual cada um deles foi desenvolvido. Isso faz com que cada um dos modelos tenha uma orientação conceitual e metodológica específica e, conseqüentemente, tenha uma realidade organizacional na qual eles se encaixam melhor. Por exemplo, se existem demandas de avaliação de desempenho voltadas à sustentabilidade organizacional, o modelo Sigma pode ser o mais adequado; e uma organização que pretende avaliar o capital intelectual da organização pode ser mais bem avaliada pelo *Skandia Navigator* e, por isso, preferir a avaliação por meio desse modelo.

Isso leva a crer que cada tipo de organização ou setor específico poderia ter um modelo específico de avaliação, capaz não somente de captar as especificidades oriundas da natureza das organizações a serem avaliadas, mas também, de dar foco aos elementos relevantes de desempenho para cada tipo de organização. Por isso, a importância em se desenvolver modelos com perspectivas e indicadores que sejam suficientes e capazes de avaliar cada organização em si.

Dessa forma, no momento de se desenvolver um modelo específico para algum estudo, é importante que se tenha em mente que a transposição de modelos para diferentes realidades pode trazer problemas na adaptação do modelo. Comumente, soluções e modelos usados como *plug-and-play* não são capazes de abranger todos os pontos relevantes de um tipo de organização e, tão pouco, ponderar as perspectivas que forem as mais significativas na avaliação de um tipo específico de organização. Vale destacar que a mera aplicação dos modelos pode trazer problemas conceituais sobre a avaliação de desempenho, com destaque para: a desconsideração das áreas-chave dos resultados da organização (KOONTZ; O'DONNELL, 1974); falta de integração de diferentes perspectivas e medidas de desempenho (BITITCI *et al.*, 2010); desconhecimento sobre o que exatamente mensurar (NEELY *et al.*, 2000b) dentro das particularidades, gerando incapacidade em oferecer uso efetivo das medidas de desempenho propostas.

É por isso que seria interessante que para cada tipo de organização houvesse o desenvolvimento de um modelo, embasando-se em conceitos de avaliação de desempenho, e considerando as particularidades relevantes para as organizações a serem avaliadas. Seria mais aplicável o desenvolvimento de um modelo específico ao invés da aplicação de um modelo pré-definido e generalizado para qualquer tipo de organização.

3 A CONSTRUÇÃO E ADOÇÃO DE MEDIDAS E INDICADORES DE DESEMPENHO: CONSIDERAÇÕES PARA AS ORGNIZAÇÕES DE SAÚDE

*“O homem é a medida de todas as coisas, das coisas que são, enquanto são, das coisas que não são, enquanto não são”
(Protágoras)*

3.1 A importância dos indicadores de desempenho: definições e conceituações

As pesquisas da área de Avaliação de Desempenho, em grande maioria, citam e mencionam o uso de indicadores nesse processo. De fato, a geração de indicadores e a mensuração de desempenho sempre estiveram muito ligadas com a avaliação de desempenho organizacional (RIDGWAY, 1956; POWER, 1997; NEELY, 2005). No entanto, poucos estudos se concentram em conceituar e definir o que consideram como indicadores de desempenho e, especialmente, estabelecer com exatidão o que se quer compreender sob esses termos. No Brasil, boa parte das pesquisas da área aborda a nomenclatura “Indicadores de Desempenho”, no entanto, a grande maioria desses estudos não define nem conceitua o que significa um “indicador de desempenho” (NASCIMENTO *et al.*, 2009). Por isso, preferiu-se por definir o que se conceituou como indicador de desempenho no presente estudo.

A definição tradicional de medida consiste na designação numérica para objetos ou eventos, dadas regras específicas (STEVENS, 1946). Dessa forma, para as organizações, medidas e indicadores são maneiras de mensurar algum tipo de desempenho que ela tem, representando sua atual situação em relação a algum padrão ou expectativa estabelecida previamente. Assim, a medida de desempenho é a descrição do que pode ser diretamente mensurado (KAMEL, 2007). Dessa forma, os indicadores são importantes porque conseguem tangibilizar e mensurar o desempenho das organizações, o que serve não apenas de alerta para a situação atual do desempenho como também para se manter o controle contínuo (monitoramento) das ações da organização para se buscar desempenho conforme o planejado ou o desejado.

Em outras palavras, os indicadores de desempenho devem ser capazes de sustentar um sistema de gestão que permite ao administrador determinar se aquilo que foi programado a ocorrer no planejamento estratégico está acontecendo de fato. Isso faz com que os indicadores sirvam como um instrumento para que o gestor possa acompanhar o andamento das atividades

da organização conforme a estratégia estabelecida. Portanto, os indicadores de desempenho dão suporte para a gestão estratégica das organizações. Essa tomada de decisões que é direcionada à estratégia das organizações. Portanto, a organização “deve contar com um sistema de indicadores de desempenho que permita a verificação do efetivo sucesso de sua gestão estratégica” (FISCHMANN; ZILBER, 1999, p. 2).

Por outro lado, estabelecer medidas é por muitas vezes um ato de contabilização, o que faz com que a contabilidade esteja intimamente ligada com o desenvolvimento e uso de medidas (VICKREY, 1970). Nesta perspectiva, as medidas contábeis são comumente utilizadas pelos gestores nas suas atividades de avaliação de performance (NATARAJAN, 2004), o que está ligado ao fato que grande parte dos indicadores desenvolvidos pelas pesquisas acadêmicas foca-se em medidas de desempenho econômico-financeiro (NASCIMENTO *et al.*, 2009). Isso corrobora o que já foi discutido no Capítulo 2, em que a área de Avaliação de Desempenho era sustentada pela Contabilidade e pelos indicadores econômico-financeiros. Constata-se que a evolução dos indicadores seguiu as mesmas tendências do desenvolvimento da avaliação de desempenho, o que se justifica pela relação bastante próxima entre as duas áreas.

Nesse contexto, é importante que o processo de mensuração seja realizado de maneira uniforme em todas suas diferentes situações e levantamento de dados, para que se permita comparação de diferentes objetos avaliados (CHAMBERS, 1965). Do contrário, adaptações no processo de mensuração podem ameaçar a comparabilidade de diferentes situações ou objetos. Bases de mensurações dessemelhantes podem ser apropriadas para casos em que se contabilizam diferentes elementos (SINGLETON-GREEN, 2007), mas não para se mensurar o mesmo fenômeno.

Essa concepção de uniformidade de metodologias também levantou outras discussões sobre a formulação de indicadores. Ijiri e Jaedicke (1966) diziam que o melhor método de mensuração é aquele capaz de oferecer maior utilidade diante de seus propósitos. Assim, é premissa básica para qualquer sistema de mensuração de desempenho que existam medidas capazes de representar a realidade efetiva da organização. Por isso, as medidas de desempenho devem representar as informações importantes para se analisar o desempenho da organização, de forma que o sistema de mensuração seja factível com a realidade e que ele consiga representar como está o andamento e o desempenho da organização de fato (CONNOLLY; DEUTSCH, 1980). Quando muita coisa é mensurada em diversas medidas e indicadores, mas poucos deles são realmente relevantes, a organização se compromete com

custos que não trazem um retorno em termos de gerenciamento, monitoramento e uso de modelos de avaliação (GHALAYINI; NOBLE, 1996).

Assim, os indicadores são importantes para que se obtenham também mensurações objetivas e factíveis da realidade ou fenômeno a ser observado. É importante que os indicadores reflitam mensurações de desempenho organizacional confiáveis e válidas para que a avaliação de desempenho seja facilitada (DESS; ROBINSON JR., 1984). Importante ressaltar que como os indicadores servem, portanto, de sustento para a avaliação de desempenho das organizações, ele devem ser inter-relacionados entre si de forma a se estabelecer uma visão organizacional sistêmica, capaz de abranger a organização como um todo e não analisar uma área só ou analisar um indicador de forma isolada (FISCHMANN; ZILBER, 1999).

Adicionalmente, é importante que os indicadores de desempenho sejam avaliados constantemente e que assim se reflitam as mudanças ocorridas na organização nos seus indicadores de forma que eles não estáticas da organização, mas sim que tenham sua validade revista periodicamente (GREGORY, 1993). No entanto, as medidas de desempenho são importantes não apenas para acompanhar a evolução histórica do desempenho ao qual determinado indicador reflete, mas também para servir de instrumento de persuasão e de base para tomada de decisões, principalmente, em situações críticas (TARABOULSI, 2005).

Portanto, é importante também saber operacionalizar a construção de indicadores para que eles sejam factíveis e viáveis às organizações. Os dados necessários para se construir o indicador devem ser possíveis de serem obtidos dentro de uma análise de custo benefício, por isso a necessidade de se avaliar a capacidade de prever valor do indicador com seu custo de obtenção de dados (PACE *et al.*, 2003).

Assim, Hauser e Katz (1998) defendem que boas medidas são aquelas que conseguem balancear a dificuldade em obter os dados da medida com a efetividade e o foco nos processos críticos da organização. Ou seja, para os autores, o mais comum é que as medidas que trazem efetividade direta para o gestor são complexas e difíceis de serem coletadas, enquanto aquelas mais fáceis de serem obtidas podem ter um poder de efetividade menor. Portanto, cabe ao pesquisador identificar medidas capazes de balancear isso, de forma a serem viáveis e úteis às organizações, de forma a ter um custo-benefício de sua elaboração válido para a organização, dado que os custos em se criar medidas de desempenho devem compensar os recursos gastos com a elaboração, coleta e a análise dessas medidas.

3.2 Tipos de medidas e indicadores

Os indicadores de desempenho podem ter diversas classificações de acordo com suas construções e orientações. Numa primeira classificação, os indicadores podem ser financeiros ou não-financeiros. Financeiros são aqueles que mensuram em unidades monetárias aspectos da organização, enquanto os não-financeiros são os que mensuram a operação da organização (PERERA *et al.*, 1997) em quaisquer outras unidades, como, por exemplo, a satisfação do consumidor, satisfação do funcionário, a participação do mercado, eficiência e produtividade, qualidade do produto ou serviço, dentre outros (OTLEY, 1999). No entanto, os indicadores financeiros e não-financeiros não são excludentes ou opostos, dado que indicadores financeiros e não-financeiros podem ser utilizados em conjunto para fornecer um panorama mais completo e confiável para a tomada de decisão do gestor (ROBERTS, 1994). Não obstante, as medidas não-financeiras estão ganhando cada vez mais relevância, tanto na academia,¹² como no mercado, dado que muitas decisões de investidores se pautam em indicadores não-financeiros (LOW; SIESFELD, 1998).

Os indicadores de desempenho podem ainda ser qualitativos ou quantitativos, absolutos ou relativos, diretos ou indiretos (BREWER, 1983). Quantitativos quando apresentam um valor numérico mensurável sobre determinado fenômeno, sendo assim aparado pela matemática em sua representação. Por sua vez, os indicadores qualitativos são aqueles que não são representados por números, mas por alguma representação nominal categórica, sem seguir assim uma escala numérica.

Nas organizações, os indicadores de desempenho podem ainda ser focados nos processos ou nos resultados. São focados no processo quando apresentam uma notação referente às operações e ao processo produtivo, apresentando assim uma referência de eficiência e de como a organização busca atingir suas metas. Já os indicadores de resultado são focados na eficácia da organização, verificando se ela está atingindo os objetivos a que se propôs ou não. A partir dessa categorização, autores como Batista (1999)¹³ *apud* Zucatto *et al.* (2009) expande essa compreensão dicotômica e classifica os indicadores como:

- Indicadores estratégicos: informando o quanto a organização se encontra em direção ao seu objetivo proposto;

¹² Tal como se discutiu ao longo do Capítulo 2, com o advento de medidas não-financeiras na Administração e da adoção dessas medidas nos modelos de avaliação de desempenho mais recentes.

¹³ BATISTA, F. F. **Elaboração de Indicadores de Desempenho Institucional**. São Paulo: Instituto Serzedelo Corrêa, 1999.

- Indicadores de produtividade (eficiência): mensurando a quantidade de recursos despendidos em relação aos outputs do processo;
- Indicadores de qualidade (eficácia): informam a satisfação dos clientes e as características do produto / serviço;
- Indicadores de efetividade (impacto): focam-se nas conseqüências geradas pelos produtos / serviços;
- Indicadores de capacidade: mensuram a capacidade de um processo analisando os outputs do processo por unidade de tempo.

No mais, os indicadores podem variar no seu grau de abrangência também, o que implica no fato deles analisarem fenômenos específicos, mais focados e localizados numa atividade específica ou globais, com quando o foco tende a considerar a organização como um todo, de forma mais completa e sistêmica.

Por fim, importante perceber que esses indicadores são todos internos da organização. Ou seja, consideram variáveis de funcionamento externo da organização, enquanto os externos são aqueles que consideram o efeito ou o impacto proveniente do ambiente externo, desconsiderando as atividades da organização (ZUCATO *et al.*, 2009).

3.3 A construção de medidas e indicadores de desempenho para as organizações de saúde

A busca por indicadores é justificada porque nas organizações de saúde porque somente por meio da contabilização e mensuração das metas propostas pela organização de saúde que se consegue verificar e avaliar seu desempenho (WARDEN; GRIFFITH, 2001). Nesse sentido, os indicadores apresentam duas principais utilidades para as organizações de saúde que é, externamente, prover mecanismos de *accountability* e verificação de terceiros sobre a organização e, internamente, como mecanismo formal para melhoria da qualidade e sistemas de gestão de desempenho (FREEMAN, 2002). Por esses principais motivos, a avaliação de desempenho organizacional está diretamente relacionada com os indicadores de desempenho mensuráveis, que são importantes para haver controles gerenciais. Para Halachmi (2005), aquilo que é imensurável, não se pode compreender em exatidão e, conseqüentemente, o que é incompreensível, não se pode controlar. O autor ainda alega que as dificuldades de controle da organização impedem suas ações de melhoria. Portanto, a avaliação de desempenho, sustentada por indicadores, é uma das ferramentas existentes para que se possa

auxiliar no progresso do negócio. Essa idéia gerencial sobre os indicadores não é recente, sendo ela considerada importante para se assegurar serviços eficientes e para se atingir objetivos propostos (SCHULZ; JOHNSON, 1976).

Os indicadores relativos às organizações de saúde são importantes devido a necessidade de haver: “informações baseadas em raciocínio e em métodos científicos para medir fidedignamente o grau de desempenho de uma função, sistema ou processo” (TARABOULSI, 2005, p. 232). A importância da existência de uma estrutura capaz de fornecer informações relevantes sobre o desempenho e o gerenciamento a respeito de uma organização de saúde é importante para que os gestores dessas organizações possam tomar decisões não equivocadas e no tempo oportuno (MAIA *et al.*, 2009).

Essa necessidade se tornou latente e ganhou grande popularidade na área de gestão hospitalar, principalmente nas décadas de 1980 e 1990, quando se apresentaram diversas tentativas de se criar indicadores de desempenho para que se pudesse comandar e controlar essas organizações (DAVIES; LAMPEL, 1998). Dessa forma, os indicadores de desempenho foram aplicados em organizações de saúde para auxiliar na gestão dessas organizações e para que as operacionalizações pudessem ser controladas a fim de atender as demandas dessas organizações. De fato, indicadores de desempenho no contexto da saúde relacionam-se com os aspectos que podem ser influenciados pelas ações da equipe médica e ser controlados pelos tomadores de decisões das organizações de saúde (GIUFFRIDA *et al.*, 1999). Trata-se de um instrumento gerencial que auxiliar tanto os profissionais, quanto os gestores das organizações de saúde.

Por isso é importante ressaltar que as práticas hospitalares não devem ser focadas apenas no aspecto operacional, mas também no administrativo. Estudos como os de Fonarow *et al.* (2007) demonstram que indicadores de desempenho baseados apenas nos processos operacionais não são suficientes para indicar sucesso no resultado das atividades operacionais, não havendo necessariamente relação direta entre os indicadores de performance operacionais com os resultados clínicos observados.

Isso leva a uma discussão que deriva daquela já apresentada na área de Avaliação de Desempenho, que é a insuficiência do uso de indicadores financeiros para atender as necessidades de avaliação de desempenho. A crise no sistema de saúde nacional não está somente no âmbito financeiro, mas também em outras dimensões (BITTENCOURT; HORTALE, 2007), o que requer uma análise de desempenho e criação de indicadores sob outras perspectivas que não somente a financeira. Dessa maneira, importante ressaltar que a seleção apropriada das métricas utilizadas em modelos de avaliação global passa a ser

importante para que se consiga não apenas monitorar e controlar o andamento das atividades da organização de saúde, mas também para que se possa focalizar no fenômeno ao qual a pesquisa se destina (LORDEN *et al.*, 2008). As métricas devem apresentar a maior **utilidade** e aplicabilidade às suas intenções de abordagem possível no que se refere às organizações de saúde, o que vai de encontro com o que já defendiam Ijiri e Jaedicke (1966) no processo de construção de métricas gerenciais.

Além de úteis, essas medidas devem ser também desenvolvidas sob metodologias adequadas capazes de as tornarem **comparáveis** entre as diferentes organizações. Se indicadores são importantes para a mensuração do desempenho de uma organização, dado sua comparação relativa a um padrão estabelecido, ou ainda no intuito de se realizar uma análise horizontal (ao longo do tempo) e auxiliar no gerenciamento da empresa, esse mesmo conceito pode ser aplicado quando se tratam de avaliações de desempenho de organização de saúde. Dessa forma, tem-se também a necessidade de haver medidas capazes de estabelecer comparações entre organizações de saúde (McGLYNN; ASCH, 1998), principalmente se for o caso deles competirem entre si. Para se possibilitar a comparação de desempenho, as definições dos indicadores devem existir e ser sistematicamente aplicadas (BOYCE, 2002). Um *ranking* de comparação depende, obviamente, que todas as organizações de saúde tenham passado pelo mesmo processo metodológico de avaliação.

Além de útil e comparável, uma medida desenvolvida pelo pesquisador deve ter também poder científico para poder ser considerada **eficaz** no seu objetivo de mensurar o fenômeno que se designou a medir. Ela deve dar uma informação correta e compreensível sobre o que se pretende verificar de fato.

Segundo McGlynn e Asch (1998), as medidas e indicadores devem ser **confiáveis** e válidas. A confiabilidade refere-se à capacidade da medida conter o mesmo resultado na grande parte das vezes que é aplicado numa mesma população. O valor mensurado não deve ser passível de gerar dúvidas em sua forma de coleta. A validade está relacionada ao poder da medida ser primorosamente representativa aos conceitos que a embasam.

Assim, a validade e a confiabilidade do indicador de desempenho de uma organização de saúde dependem do rigor que o dado utilizado detém (BOYCE, 2002). Esse rigor que é obtido pela validade científica e das evidências científicas que o indicador pode atingir (McGLYNN; ASCH, 1998). Caso não exista esse rigor, pode-se ter um diagnóstico errado sobre determinado indicador e, conseqüentemente, um tratamento não adequado ao problema

levantado (TARABOULSI, 2005). Portanto, Taraboulsi (2005, p. 234) sintetiza essa questão alegando que:

A finalidade do indicador e a qualidade dos dados são fatores importantes para a elaboração inteligente de indicadores. O primeiro fator é determinante para a ação estratégica, enquanto o segundo implica confiabilidade, aspecto fundamental para a obtenção de resultados fidedignos (TARABOULSI, 2005, p. 234).

McGlynn e Asch (1998) acreditam ainda que a interpretabilidade dos resultados é importante para que a medida desenvolvida tenha poder de compreensão ao seu público-alvo. Medidas e indicadores devem ainda ser **passíveis de interpretação** para que além de representar um número mensurável, por detrás dele, tenham-se uma interpretação que permite que o gestor possa administrar os resultados obtidos pelos indicadores. É importante destacar a limitação que a análise focada unicamente em indicadores traz às organizações de saúde. Eles deveriam ser vistos como ferramentas para estimular investigações adicionais, ao invés de serem utilizadas para julgamentos definitivos na qualidade e segurança dos serviços de saúde (BOYCE, 2002). Por isso, não basta apenas aplicar-se indicadores para as organizações de saúde, eles devem estar vinculados a um contexto (preferencialmente comparativo ao que se julga ser o padrão e o que se tem diante das demais organizações do ramo).

Por isso, os resultados obtidos através de indicadores devem ser utilizados para se tentar ver além dos valores numéricos absolutos, além de terem o intuito de servirem de base para despertar considerações e reflexões sobre a avaliação de desempenho das organizações de saúde. Portanto, os indicadores não devem ser considerados por si só, de forma absoluta. Eles devem ser compreendidos como ferramentas para auxiliar na detecção do problema dentro de um contexto específico. Isso quer dizer que eles devem ser interpretados e aplicados conforme a realidade da organização de saúde. “O valor destes indicadores reside na análise coerente e inteligente de todas as variáveis que interferem radicalmente no seu resultado final” (TARABOULSI, 2005, p. 236).

Os indicadores de desempenho devem ser selecionados de acordo com a intenção de resultados a serem observados que o pesquisador pretende obter (HATRY, 2007), ou seja, eles devem ser **direcionados** aos objetivos de análise de desempenho que se pretende mensurar pelo pesquisador. Por isso, os indicadores devem ter um objetivo e uma função específica bem clara aos gestores da organização de saúde. Assim sendo, um indicador para organizações de saúde deve ser selecionado conforme seu poder de evidência científica, porém, não se pode

esquecer que se deve considerar o custo e efetividade dele no processo de coleta dos dados para este indicador (McGLYNN; ASCH, 1998).

Portanto, para a criação de indicadores de organizações de saúde, a recomendação é que eles sejam: (1) úteis; (2) confiáveis; (3) direcionados; (4) comparáveis; (5) passíveis de interpretação; (6) eficazes. A Figura a seguir sintetiza graficamente esses elementos num hexágono, em que cada um dos lados representa uma dessas seis características necessárias para os indicadores das organizações de saúde.

Figura 13 – Características para os indicadores de desempenho de organizações de saúde

Por fim, depois de compreendidos os elementos necessários para a construção de indicadores de desempenho para as organizações de saúde, o passo seguinte é a elaboração desses indicadores propriamente ditos. Sobre esse processo de construção de indicadores da área da saúde, D’Innocenzo (2006, p. 113) afirma que eles podem ser divididos entre empíricos e normativos, conforme transcrito a seguir:

Para avaliação de qualidade da assistência é necessário o estabelecimento de padrões (...), que podem ser empíricos ou normativos. Os padrões empíricos são derivados da prática e têm por base os níveis de assistência cujo alcance pode ser medido. Por essa razão gozam de um certo grau de credibilidade e aceitabilidade. Os padrões normativos derivam de fontes que fixam, de forma legítima, as normas de conhecimento e a prática assistencial predominante, ou seja, por livros, publicações, grupos de profissionais idôneos ou pesquisadores.

Assim sendo, o pesquisador deve escolher os indicadores e dimensões de análise que respeitem os procedimentos científicos. Pode existir uma abordagem em que o pesquisador realiza uma revisão teórica robusta e consistente sobre a complexidade, especificidades e

contexto a que ele pretende avaliar, e com indicadores formulados, verifica os construtos desenvolvidos com a realidade existente. No entanto, esse levantamento seria limitante por estar contido apenas de considerações pessoais do pesquisador. Nem sempre o pesquisador detém condições pessoais para definir variáveis e indicadores para seu estudo, principalmente, quando essa escolha é feita previamente do acesso ao campo.

Portanto, não basta apenas o pesquisador considerar indicadores e dimensões relevantes conforme seus conhecimentos pessoais e seu levantamento bibliográfico. Quando o pesquisador não tem a oportunidade de se inserir na realidade das organizações de saúde, ele não consegue observar e vivenciar pessoalmente essa realidade, não havendo a imersão social necessária para se interiorizar elementos importantes para a formulação e escolha de indicadores. No mais, mesmo que essa imersão fosse possível, ela poderia estar relacionada com uma realidade específica das organizações as quais ele está inserido, não havendo sustentação científica para extrapolação do modelo desenvolvido. Por isso, é importante que exista validação empírica dos modelos desenvolvidos pelos pesquisadores para garantir que esses modelos são aplicáveis à realidade a ser estudada. As premissas do pesquisador devem ser validadas por um acesso a campo. Daí a limitação quando existe apenas o levantamento teórico dos indicadores, mesmo que exista por detrás disso um arcabouço teórico robusto. É importante existir essa relação entre as escolhas dos indicadores com a realidade das organizações de saúde.

3.4 Críticas ao uso de medidas e indicadores

O uso de indicadores em si requer algumas atenções por parte dos gestores que os utilizam. Isso porque se mal formulados os indicadores e medidas podem trazer resultados não esperados, não desejados ou ainda contra-produtivos. Hauser e Katz (1998) sintetizam os problemas que se pode encontrar na elaboração de indicadores em sete grandes categorias: (1) Entrega de recompensa: indicadores de longo prazo podem ser desestimulantes para os funcionários da organização que só recebem seus méritos depois de um longo período, por isso, para os autores, o ideal é calcular hoje medidas capazes de apontar tendências futuras; (2) Utilização de recompensas de risco: os indicadores (ou conjunto deles) devem ser capazes de evitar o risco pessoal dos gestores e funcionários para que assim eles não prefiram trabalhar em função de uma única medida, que pode ser limitante por si só e apresentar um risco ao empregado que tem todo seu trabalho resumido em um único indicador e pode ter

dificuldades com esse único risco; (3) Tornar os indicadores difíceis de controlar: medidas podem ser influenciadas por diversos elementos, alguns até menos exógenos, cabendo ao avaliador observar as medidas de forma temporal para avaliar o item específico durante sua validade e implantação para identificar a influência desse item sobre o indicador; (4) Perder de vista os objetivos: às vezes o objetivo da organização é deter lucros, e para isso, aposta no desenvolvimento de um novo produto, e seus indicadores focam apenas no novo produto e pouco se vê da lucratividade que ele pode trazer; (5) Escolhendo medidas que são precisamente erradas: os indicadores podem até ser alimentados por dados precisos, no entanto, eles devem efetivamente verificar o desempenho da organização / atividade, por isso se deve medir o que é importante e relevante e não simplesmente o que é fácil; (6) Assumir que seus gestores e funcionários não têm opção: os indicadores devem ser algo que requer baixo custo para a organização, porque se forem vistos como algo difícil e que depende de recursos para se obter, e a organização não disponibilizar esse recurso adicional, seus funcionários podem se sobrecarregar, o que pode comprometer até a permanência deles na organização; (7) Pensando sem amplitude: entender a origem dos problemas indicados nas medidas de desempenho pode ser uma forma de melhorar o desempenho da organização, ao invés de concentrar-se apenas em remediar o baixo desempenho apresentado no indicador.

Concomitantemente a isso, a aplicação de indicadores no setor da saúde também traz seus problemas. De acordo com van Peursem *et al.* (1995), há duas linhas de pensamento críticas ao uso de indicadores para as organizações de saúde. A primeira diz que os indicadores convergem falsamente a uma impressão de verdade objetiva, o que não existe no contexto das organizações de saúde. Isso se justifica porque elas dependem de resultados sociais, que nem sempre podem ser mensurados precisamente, ao contrário daqueles relativos às indústrias tradicionais, que buscam resultados exclusivamente econômicos e, portanto, têm por natureza precisão e exatidão. Tem-se uma situação em que as organizações de saúde têm suas comparações entre si dificultadas, além da credibilidade de suas medidas de performance ser questionáveis. Parte-se então do pressuposto de que as análises de organizações de saúde não podem ser exclusivamente quantitativas, dependendo também de elementos qualitativos para suas avaliação, o que ameaça a utilização de indicadores numéricos e objetivos. É importante haver cuidado porque muitos acadêmicos e profissionais já utilizaram da aplicação de modelos industriais para a mensuração de desempenho de organizações de saúde (KAZANDJIAN; LIED, 1999), o que acaba gerando problemas relacionados à transposição de modelos industriais às organizações de saúde, ignorando as especificidades das organizações

de saúde e considerando para elas características oriundas de organizações industriais e manufatureiras.

A segunda vertente de pensamento crítico alega que o uso de indicadores torna alguns aspectos de desempenho visíveis, marginalizando, em contrapartida, outros aspectos que poderiam ser importantes para análise. Van Peurseem *et al.* (1995) denotam que isso ocorre em situação em que minorias poderosas usam medidas de desempenho para marginalizar interesses alheios, construindo realidades falsas e deixando de lado aspectos de relevância para a avaliação da organização de saúde.

Medidas de desempenho desenvolvidas inadequadamente podem gerar problemas para a organização porque quando existe um sistema de avaliação de desempenho estruturado na organização, uma medida má direcionada pode acarretar em comportamentos disfuncionais, que não necessariamente estão direcionados aos objetivos estabelecidos (NEELY *et al.*, 1997). Um indicador criado para auxiliar a organização pode acarretar num problema para ela se a sua elaboração e estabelecimento de mensuração não for adequado às necessidades e à realidade da organização. Por isso, é importante que o elaborador do indicador (seja ele um pesquisador, um gestor hospitalar, um representante do Estado, etc.) tenha alguns cuidados na elaboração e na interpretação das medidas e indicadores utilizados nas organizações de saúde. Afinal, a intenção de se utilizar indicadores e medidas de desempenho é apoiar as atividades hospitalares e correlatas, e não trazer informações que não são capazes de auxiliar o administrador na solução de problemas de fato.

4 A AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE: UMA APLICABILIDADE EM HOSPITAIS FILANTRÓPICOS

“O desempenho se sobressai como uma tonelada de diamantes. A falta de desempenho sempre pode ser explicada”

(Harold Geneen)

A formulação de indicadores, como abordado anteriormente, passa a ser, portanto, o elemento-chave para a avaliação de desempenho de organizações de saúde. A avaliação de desempenho passa a ser possível pelas métricas que os indicadores conseguem apresentar, possibilitando a mensuração e comparação (temporal e com as demais organizações do setor) de aspectos avaliados.

Nesse capítulo, a pretensão é estabelecer os principais pontos de controle por indicadores das organizações de saúde, em particular, dos hospitais filantrópicos, e posteriormente estipular indicadores para essas perspectivas. Uma discussão sobre a avaliação de desempenho e o quê avaliar em organizações de saúde perdura ao longo desse capítulo.

4.1 As especificidades e a natureza da organização de saúde

A eficiência de uma organização de saúde depende antes de mais nada de qual o objetivo estabelecido por ela mesma. Grosskopf e Valdmanis (1987) já diziam que a concepção de eficiência e, conseqüentemente, bom desempenho, depende da natureza das atividades do hospital, ou seja, se ele é público ou privado. Isso porque os autores defendem que cada tipo detém sua própria fronteira de “*best practices*”.

Isso pode ser explicado pelo fato de existir o que os estudiosos chamam de “*pay-for-performance*”. Ou seja, o fato de que quanto mais se paga pelo serviço de saúde, melhor é a qualidade do serviço prestado (EPSTEIN *et al.*, 2004), havendo uma correlação positiva entre essas duas variáveis¹⁴. De fato, estudos como o de Litvack e Bodart (1993), por exemplo, já

¹⁴ Sistemas de *pay-for-performance* podem ser mais bem compreendidos através do exemplo dos planos de saúde em que o indivíduo paga ao provedor do plano uma quantia periódica relacionada com a quantidade de elementos de direito a receber. Ou seja, quanto maior o estrato que o indivíduo participa (e mais se paga por ele), maiores são suas disponibilidades na necessidade de uso do plano e, conseqüentemente, há grande probabilidade de ser maior a qualidade do serviço recebido.

demonstraram que o incremento financeiro ou uma taxa adicional cobrada ao paciente traz melhorias de qualidade ao seu atendimento.

No entanto, em contrapartida, o que gera em contrapartida uma tendência de queda de qualidade do serviço de saúde prestado nos casos em que a equipe médica recebe sempre a mesma quantia de pagamentos. Ou seja, o fato de uma equipe médica receber o mesmo pagamento, independente da qualidade do serviço prestado, pode incentivá-la a prestar um serviço de pouco esforço e baixa qualidade (PETERSEN *et al.*, 2006). Isso leva a crer que o incentivo financeiro é uma medida de melhoria de qualidade direcionada para aqueles que trabalham com menor nível de qualidade e têm maior espaço para incrementar a qualidade do serviço prestado (ROSENTHAL *et al.*, 2005).

Essas considerações fazem com que a análise de desempenho de organizações de saúde privadas e públicas tenha suas discrepâncias, dado que a privada sofre o constante incentivo financeiro para sua melhoria de desempenho, enquanto a pública, não, dado que os ganhos da equipe médica são fixos.

No entanto, ainda sim, deve-se ter em mente que a qualidade do serviço médico prestado pode estar também relacionada a outras variáveis. Isso quer dizer que o incentivo financeiro por si só não garante uma melhor qualidade do serviço de saúde, já que outros programas de incentivo à saúde também podem influenciar positivamente a qualidade aqui discutida, principalmente quando associadas com o incentivo financeiro (CAMPBELL *et al.*, 2007).

Não o bastante, o sistema *pay-for-performance* está sendo amplamente difundido para incremento da qualidade do serviço de saúde prestado, sendo assim, uma alternativa para a melhoria da qualidade nesse tipo de serviço. Entretanto, Rosenthal *et al.* (2004) alegam que essa difusão deveria ser considerada com mais cautela. Para os autores, os programas de incentivo à qualidade deveriam ser vistos dentro de uma estratégia mais ampla da organização, em que a promoção da qualidade do serviço de saúde deve ser: acompanhada pela mensuração e publicação do desempenho das organizações de saúde; amparada por técnicas e diretrizes baseadas em evidências empíricas que sustentem a qualidade do serviço de saúde; apoiada na relação entre as escolhas do usuário com os provedores de serviço na busca da melhor qualidade, que permite que o paciente pode, proativamente, administrar sua própria saúde quando escolher uma organizações de saúde para ser atendido. Destes fatores, o presente estudo focar-se-á na mensuração e relato do desempenho para a busca de uma melhor qualidade do serviço de saúde prestado.

Portanto, dessa discussão apresentada, deriva-se a grande diferença entre os dois tipos de finalidade do sistema de mensuração de desempenho de organizações de saúde. As organizações sem fins lucrativos devem ser mensuradas por quão efetiva e eficientemente elas conseguem atingir suas necessidades estabelecidas constitucionalmente (KAPLAN, 2001). Enquanto as organizações privadas, em sua grande maioria, costumam buscar por seus sistemas de desempenho organizacional formas de se atingir seu objetivo estratégico principal, que é a sustentabilidade financeira.

No entanto, é importante denotar que apesar da natureza do hospital definir seu objetivo estratégico, sobre o qual ele deve ser avaliado, essa tipologia não garante um melhor atendimento ou desempenho mais elevado do atendimento em decorrência de ser privado. Estudos como os de Lien *et al.* (2008) apontam casos em que a qualidade percebida pelos pacientes e constatada por métricas formais pode indicar melhor desempenho em hospitais públicos.

Não obstante a isso, o país de origem do sistema de saúde ao qual o hospital pertence também é decisivo para definir padrões de avaliação de desempenho das organizações de saúde. Isso ocorre porque cada país tem suas especificidades para o atendimento de uma determinada população, o que requer singularidades no cuidado à saúde. Cada país tem seu conjunto de variáveis que influenciam na determinação do sistema de saúde e por isso cada um tem uma realidade distinta. Assim, cada país detém seu próprio parâmetro de funcionamento e, conseqüentemente, seu próprio parâmetro para avaliação de desempenho. Para Viacava *et al.* (2004, p. 714):

os objetivos dos sistemas de saúde variam de um país para outro, assim como as concepções dos respectivos sistemas de serviços de saúde, ainda que se explicitem valores subjacentes bastante semelhantes, tais como o alcance da equidade (ou superação das desigualdades) e o bem-estar de toda a população (VIACAVA *et al.*, 2004, p. 714).

Dessa forma, deve-se estar atento às especificidades nacionais e do sistema de saúde brasileiro quando se tratar de avaliação de desempenho de organizações de saúde no Brasil.

4.2 Os hospitais filantrópicos: Conceitos e funcionamento

Hospitais filantrópicos são considerados entidades sem fins lucrativos que realizam parte de seus atendimentos de forma gratuita. Em termos gerais, isso significa que grande

parte do acesso aos hospitais filantrópicos ocorre por meio do SUS (parte gratuita), enquanto outra parte considerável parcela ocorre por planos de saúde (parte privada). A parcela gratuita se justifica porque segundo a Lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009, o Ministério da Saúde exige que as entidades hospitalares filantrópicas (que a partir dessa lei passaram a ser denominadas como beneficentes¹⁵), devem destinar 60% de seus serviços e leitos ocupados para os usuários do SUS (CNAS, 2009). Em suma, os hospitais filantrópicos devem ter a “oferta e efetiva prestação de 60% ou mais de internações ao SUS; e, no caso do gestor local do SUS declarar impossibilidade de contratação de 60% de internações, a entidade hospitalar aplicar um percentual da receita bruta em gratuidade, variando entre 20% e 5%” (LIMA *et al.*, 2004, p. 1249). Portanto, essa participação do SUS é parte das exigências legais para obtenção do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEAS), concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), que de acordo com Lima *et al.* (2004), é o documento que normatiza um hospital como filantrópico, sendo é o certificado que normatiza o hospital para que ele possa obter isenções fiscais e tributárias frente o governo. Por outro lado, o atendimento privado existente se baseia no acesso dos indivíduos realizado por meio de planos de saúde (BARTMAN *et al.*, 2005) que é forma mais recorrente dos indivíduos terem acesso à esfera privada de atendimento no Brasil.

Os hospitais beneficentes sem fins lucrativos representam cerca de 1/3 dos leitos existentes no Brasil (DATASUS, 2010)¹⁶. Por isso, esse tipo de organização de saúde é importante para o funcionamento do sistema de saúde nacional, em especial, pela relevância dos hospitais filantrópicos no atendimento do SUS (LIMA *et al.*, 2004). Ainda sim, a importância desse tipo de organização de saúde não se limita a isso. Para Lima *et al.* (2007), os hospitais filantrópicos são importantes porque:

possui cerca de um terço dos leitos existentes no País; apresenta uma rede capilarizada por todo território nacional, com grande número de pequenos hospitais de baixa complexidade distribuídos em municípios do interior do País, incluindo alguns hospitais de elevada complexidade, geralmente localizados em regiões metropolitanas; e metade do seu parque constitui-se nos únicos hospitais dos seus municípios. Entretanto, emergem preocupações em relação ao seu nível de

¹⁵ Apesar do termo “hospital filantrópico” ser uma nomenclatura já substituída pelos legisladores nacionais por “hospital beneficente”, optou-se por manter a nomenclatura antiga. Nesse sentido, quando se denota “hospital filantrópico”, abrangem-se as entidades que antes se conhecia pelas Santas Casas, entidades religiosas e Beneficências. Essa escolha se deu por dois motivos: (1) Para que se pudesse estar em sintonia com aquilo que os gestores da prática entendiam como denominação sobre esse tipo de hospitais; (2) Para que se respeitasse a conceituação realizada na literatura acadêmica existente sobre esse tipo de organização de saúde.

¹⁶ Segundo dados do CNES (2010) *apud* DATASUS (2010), em agosto de 2010 o Brasil tinha 1.521 hospitais gerais de natureza beneficente e sem fins lucrativos de um total de 5.187 hospitais gerais existentes no país (equivalente a 29,3%).

desenvolvimento gerencial, ainda predominantemente caracterizado pela ausência de inúmeras estruturas e instrumentos básicos (LIMA *et al.*, 2007, p. 117).

Sabendo que esses hospitais podem ter incrementos em termos de políticas públicas destinadas a eles (PORTELA *et al.*, 2004) para auxiliar a gestão desse tipo de hospital, e que seus aspectos gerenciais ainda representam como ponto crítico por não haver estruturas e instrumentos básicos para sua gestão (LIMA *et al.*, 2007), um dos fatores relevantes para a discussão é a eficiência de suas atividades e funcionamento.

Isso quer dizer que por mais que a orientação dos hospitais filantrópicos seja, em maioria, por filantropia e que seu financiamento se dê principalmente por meio do SUS e de planos médicos, isso não as excluem de estabelecerem seus objetivos organizacionais e de terem instrumentos gerenciais necessários para sua gestão. Isso faz com que elas precisem de instrumentos de monitoramento para atingir seus objetivos traçados. É fundamental que existam instrumentos gerenciais capazes de dar o suporte necessário para a eficiência das suas atividades e o cumprimento de sua estratégia e de seus objetivos organizacionais.

Nos casos em que o foco da organização hospitalar se concentra no atendimento sem a preocupação de ganhos financeiros, a eficiência pode não ser tão perseguida pela falta de competitividade de mercado desta instituição de saúde. De fato, hospitais não-filantrópicos, direcionados aos ganhos financeiros, têm maiores incentivos à geração de lucro e por isso controlam seus custos mais eficientemente (SCHULZ; JOHNSON, 1976) e essa busca por eficiência foi empiricamente observada em casos de hospitais direcionados aos ganhos financeiros (*e.g.* HUERTA *et al.*, 2008). Dessa forma, instrumentos que estimulem o monitoramento das atividades podem ser formas de incrementar a eficiências dessas organizações de saúde. Por isso a importância das organizações de saúde, cujo foco principal não é o acúmulo financeiro, em deter ferramentas de avaliação de desempenho para que exista o controle gerencial de suas atividades e para que a estratégia dessas organizações não caia em descaso.

Dentre os hospitais filantrópicos, destacam-se as Santas Casas. Elas que representam grande parte dos hospitais filantrópicos do país e tem um histórico bastante difundido com o desenvolvimento do sistema de saúde nacional, desde seus primórdios.

4.2.1 Santas Casas: Definições e atuação no contexto brasileiro

As Santas Casas foram as primeiras instituições hospitalares do Brasil (BORBA; LISBOA, 2006) e originaram-se como entidades ligadas a grupos religiosos (CORRÊA *et al.*,

2000) no processo de colonização portuguesa do país. Isso porque de acordo com a cultura lusa, as Santas Casas (ou Misericórdias) eram importantes para garantia do sistema de assistência pública, além de serem centros de moralidade e poder na comunidade (ABREU, 2001). A primeira instituição hospitalar foi fundada em 1543 por Brás Cubas na capitania de São Vicente, mais especificamente em Santos (SP), iniciativa que se perpetuou e da qual se instalaram outras Santas Casas por onde os portugueses passaram (CAMARA; PASTORE, 2006). Posteriormente, com o apoio da igreja católica, as Santas Casas expandiram-se para o restante do país (BORBA; LISBOA, 2006). “Os hospitais no Brasil surgiram logo após sua descoberta pelos portugueses e seguiram a filosofia e a forma de assistência típicas das Santas Casas de Misericórdia de Portugal” (CAMARA; PASTORE, 2006, p. 45). O surgimento dessas instituições tinha orientação mais assistencial do que terapêutica propriamente dita, dado que o objetivo principal delas era atender os marginalizados (*ibid*), o que incluía atender pessoas pobres, doentes, crianças abandonadas, velhos, mendigos e alienados de maneira à buscar a assistência à essas pessoas e não à cura delas (NASSERE, 2007).

Atualmente, as Santas Casas estão espalhadas por todo o território nacional (CAMARA; PASTORE, 2006) e ocupam lugar de destaque no atendimento à saúde nacional, sendo entidades associadas ao SUS. Assim sendo, hoje, elas são consideradas como entidades filantrópicas civis sem fins lucrativos e, em 2002, por exemplo, eram responsáveis por 27% das entidades credenciadas e 36% dos leitos hospitalares disponíveis na rede pública (ODA; DALGALARRONDO, 2005). As Santas Casas representam uma parcela não apenas significativa dos hospitais filantrópicos, mas também como parte relevante dos atendimentos hospitalares, tendo assim um papel fundamental no atendimento universal à saúde que a constituição brasileira busca, por meio, principalmente, de seus convênios com o SUS.

Portanto, constituídas essas organizações no contexto de saúde do Brasil, as Santas Casas hoje atuam como atores importantes no provimento de saúde à população. De acordo com Bartman *et al.* (2005), elas representam uma grande rede de organizações de saúde e têm representação nacional.

Como a rede física de saúde pública é insuficiente para atender a todos que necessitam de assistência, o SUS utiliza a capacidade física instalada da rede privada, principalmente das Santas Casas, que respondem por mais de 40% da oferta de leitos ao Sistema Único de Saúde (BARTMAN *et al.*, 2005, p. 26).

No Brasil, alguns estudos abordaram aspectos gerenciais das Santas Casas, considerando-as não apenas sob o enfoque administrativo, mas também, levando em conta

aspectos de melhoria administrativa e sistemas de monitoramento e controle de suas atividades. O quadro abaixo representa alguns estudos relacionados às Santas Casas (que no casos são hospitais filantrópicos) no Brasil que se pôde identificar alguma relação com o desempenho organizacional delas.

Quadro 5 – Alguns estudos que relacionam a Administração de Desempenho considerando Santas Casas como objeto de estudo

Autor(es)	Ano	Santa Casa estudada	Fatores ligados à Administração de Desempenho estudados
Silva	1994	Santa Casa de Misericórdia do Pará (PA)	Descentralização político-administrativa; prática de avaliação de desempenho institucional; gestão colegiada e baseada no processamento técnico-político de problemas; integração entre os setores administrativos e assistenciais.
Xavier <i>et al.</i>	1997	Santa Casa de Porto Alegre (RS)	Implementação do sistema de Qualidade no hospital.
Spagnol e Ferraz	2002	Santa Casa de Belo Horizonte (MG)	Flexibilidade da gestão do departamento de Enfermagem; relações interpessoais; conflitos entre indivíduos e mudança na mentalidade administrativa podem influenciar o desempenho.
Oliveira <i>et al.</i>	2003	Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre (RS)	A avaliação pré-operatória influencia positivamente na satisfação dos pacientes e da equipe médica, o que indica melhoria na qualidade do serviço prestado.
Moreira e Protil	2004	Santa Casa de Misericórdia de Curitiba (PR)	Desempenho é afetado pela falta de <i>expertise</i> do controle de materiais e gestão logística.
Mendes <i>et al.</i>	2005	Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (RS)	A implantação de uma clínica pré-operatória melhorou os índices de avaliação de desempenho.
Oliveira e Martins	2005	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (RS)	Disseminação de informações internamente; realização de <i>benchmarking</i> por meio de comparação de informações do setor; avaliação de desempenho semestral dos funcionários
De Paula <i>et al.</i>	2009	Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte (MG)	Avaliação social (valor financeiro do benefício gerado à sociedade) da Santa Casa; separação do valor econômico e social da organização de saúde sem fins lucrativos.

Pelo Quadro, pode-se perceber que uma expressiva parcela dos estudos encontrados tratam da Santa Casa de Porto Alegre (RS) pelo fato dela ter ganhado em 2002 o Prêmio Nacional de Qualidade. Dessa maneira, as pesquisas são, na mesma parcela, focadas nessa única experiência. No mais, nota-se que os estudos representaram casos e experiências particulares, não podendo, portanto, ser generalizáveis. Percebe-se com isso que não existe um estudo que possa abranger as diferentes instituições numa mesma perspectiva e, tão pouco, uma pesquisa que abrange o setor de Santas Casas como um todo no país. Não obstante, não existem estudos específicos para Santas Casas que construíram modelos sistêmicos de avaliação global dessas organizações de saúde.

4.3 Modelo de avaliação de desempenho para as organizações de saúde (hospitais filantrópicos)

A primeira percepção que se deve ter ao se elaborar um modelo avaliação de desempenho de hospitais é que eles são organizações complexas e que não é possível mensurá-los numa única dimensão (PINK *et al.*, 2001). Ou seja, é fundamental que se tenha diferentes perspectivas, balanceadas entre si, para avaliar o desempenho de um hospital. No entanto, por outro lado, essa complexidade é tão grande que é impraticável estabelecer exatamente todos os indicadores e mensurar todas as dimensões possíveis existentes que influem direta ou indiretamente na avaliação de desempenho de uma organização. Principalmente porque alguns estudos focam-se em estabelecer detalhadamente indicadores para alguma especialidade hospitalar, como é o caso, por exemplo, da asma brônquica (NORONHA *et al.*, 1996), do acidente vascular cerebral (ROLIM, 2009), ou de algum setor do hospital, como, por exemplo, o centro cirúrgico (DUARTE; FERREIRA, 2006).

Dessa forma, perde-se muito do poder gerencial quando se cria uma estrutura de informações complexa e pouco simplificada ao gestor. De fato, diversos estudos demonstram que são consideradas as dimensões mais relevantes para a avaliação de desempenho (*e.g.* NEELY *et al.*, 1995). Por isso, preferiu-se nesse estudo estabelecer poucos indicadores, mas indicadores relevantes para a avaliação global das Santas Casas.

4.4 Objetivos de organizações de saúde sem fins lucrativos (situação futura)

De acordo com Atkinson *et al.* (1997), os objetivos organizacionais, na grande maioria das vezes, são estipulados conforme os interesses dos *stakeholders* das organizações, podendo esses ser esses externos (*e.g.* consumidores, donos ou a própria comunidade) ou internos (*e.g.* empregados ou fornecedores). Para as organizações sem fins lucrativos, o mais comum é que seus sistemas de avaliação de desempenho estejam direcionados a atender a comunidade ou algum setor ou grupo dela. No entanto, modelos de avaliação de desempenho para organizações sem fins lucrativos são geralmente ambíguos em decorrência de conflitos entre a percepção dos interesses dos *stakeholders* e da falta de conhecimento sobre a relação entre os objetivos e as medidas utilizadas por essas organizações (BUCKMASTER, 1999). Assim, os objetivos estabelecidos são altruístas, de longo prazo, qualitativos, intangíveis, orientados para as pessoas e não-monetários, podendo assim assumir diversos indicadores para se verificar

esses objetivos, havendo a necessidade de um indicador capaz de identificar o resultado final obtido pela organização (*ibid*). Por isso, compreender os indicadores de desempenho nas organizações públicas e sem fins lucrativos é mais crítico que nos casos das empresas privadas de finalidade financeira (LAPSLEY; MITCHELL, 1996).

Portanto, sempre que se estabelecer medidas de desempenho para se mensurar os objetivos de uma Santa Casa, é necessário entender os resultados dessas organizações. Conforme defende Buckmaster (1999), para entender esses resultados é importante compreender os *inputs*, o processo, os *outputs* e então os resultados obtidos. Dessa forma, um modelo de organizações de saúde capaz de agregar valor é aquele capaz de oferecer serviços que servem de suporte para aos objetivos e estratégias adotadas, além de dar direcionamento aos gestores responsáveis em implementar esse plano de ação estratégico (SWAYNE *et al.*, 2008).

4.4.1 Objetivos dos hospitais filantrópicos no Brasil

Com tudo isso, tem-se que os hospitais filantrópicos no Brasil, que são conceituadas no contexto nacional como hospitais sem fins lucrativos, têm como objetivos oficiais¹⁷ quatro grandes aspectos, os quais devem balancear-se: (1) o atendimento de qualidade aos pacientes que deve ser objetivo de qualquer hospital moderno (MILLS; SPENCER, 2005; SILVA; BRANDALIZE, 2006), provendo assim o melhor atendimento possível aos pacientes. Inclusive, a busca por qualidade traz como consequência a obtenção de creditações dos hospitais, que garantam o funcionamento adequado do hospital conforme normas de qualidade estabelecidas por entidades acreditadoras (ALVES, 2009); (2) o atendimento ao maior número de pacientes possíveis (REDER, 1965), de forma a tornar o hospital acessível e fomentar o atendimento médico ao maior número de pessoas possível. Secundariamente, tem-se que ter em mente que buscar lucros (PAULY, 1987) de forma a manter o equilíbrio financeiro do hospital (MILLS; SPENCER, 2005), mesmo que não exista o objetivo exclusivo de maximização dos lucros (DENEFFE; MASSON, 2002), e que esse não deva ser o único objetivo de uma organização de saúde (KEELER *et al.*, 1999), viabiliza o funcionamento do hospital e do cumprimento desses dois grandes objetivos. É fundamental estabelecer uma

¹⁷ Para os hospitais, prestadores de serviços de forma não focada aos lucros, distinguem-se os objetivos oficiais, que são os objetivos mais gerais da organização, expressos pela diretoria, dos objetivos operacionais, que são as atividades realizadas de forma mais operacional e concreta, conforme Perrow (1961) diferencia.

operação financeiramente viável capaz de garantir a continuidade de sua operação do hospital (MORRISEY *et al.*, 1996).

Dessa forma, o presente modelo de avaliação de desempenho parte de objetivos múltiplos, que envolvem tanto questões internas dos hospitais filantrópicos (equilíbrio financeiro e busca de creditações), quanto aspectos externos deles (qualidade do atendimento aos pacientes e acessibilidade aos serviços de saúde). Para se atingir esse objetivo, as medidas de desempenho abrangem diversos módulos, conforme descrito a seguir.

4.5 A perspectiva econômico-financeira (situação passada)

As organizações de saúde funcionam de forma a haver capacidade de se gerar mais riqueza (recebimentos) e ter menos custos (fixos e variáveis), até mesmo para que seu funcionamento seja viabilizado. Por isso, inclusive, a análise financeira e de custos sobre as organizações de saúde é uma linha de pensamento de bastante relevância tanto na prática dessas organizações quanto nas pesquisas científicas.

Dessa forma, essas diversas funções financeiras existentes numa organização hospitalar fazem com que exista um tratamento financeiro de diversas variáveis presentes nessas organizações, o que possibilita as tomadas de decisões com informações financeiras (CLEVERLEY; CAMERON, 2007). No entanto, as limitações dos financiamentos dos hospitais fazem com que surja a necessidade de se encontrar maneiras eficientes de se administrar (utilização e alocação) os recursos escassos (AKTAŞ *et al.*, 2007). Adicionalmente à escassez de recursos, existem pressões para a redução de custos aliada ao incremento de qualidade dos serviços prestados nos hospitais provenientes de órgãos governamentais, seguradoras de planos de saúde, da comunidade e dos pacientes (LI; BENTON, 1996). Essas tensões fazem com que a redução de custos das organizações de saúde seja um imperativo e uma preocupação que não deve ser deixada de lado pelos gestores hospitalares.

Assim, essa busca de redução de custos traz efeitos diretos na administração hospitalar, já que estudos em diversos países (desenvolvidos ou não) já denotaram haver desafios em se administrar custos provenientes de recursos escassos e sob contenções, *e.g.* Reino Unido (FITZGERALD, 1994; FITZGERALD; DUFOUR, 1998), Suécia (QUAYE, 1997), Canadá (LOO, 1997; FITZGERALD; DUFOUR, 1998), Holanda (SCHOLTEN; VAN DER GRINTEN, 1998), Estados Unidos (GOSS; VOZIKIS, 2002; SLOAN, 2007), Omã, no

golfo Pérsico (ABRI *et al.*, 2006), Espanha (SÁNCHEZ-MARTÍNEZ *et al.*, 2006), França (BELLANGER; TARDIF, 2006), Polônia (KOZIERKIEWICZ *et al.*, 2006), Turquia (AKTAŞ *et al.*, 2007), Tanzânia (GILSON, 1995). Grande parte desta preocupação surge diante de uma realidade em que há uma falta da *expertise* financeira para as tomadas de decisões em casos da administração médica, o que torna vulnerável a gestão realizada por médicos (LLEWELLYN, 2001)

Essa preocupação também se expande ao âmbito nacional, onde existe uma carência de profissionais financeiros trabalhando em organizações de saúde, em especial, nas organizações de saúde públicas (RAIMUNDINI *et al.*, 2003), e mais especificamente, nas Santas Casas (CAMARA, PASTORE, 2006). Não apenas existe essa carência, mas há também uma preocupação em relação aos custos hospitalares, que abrange tanto as organizações de saúde quanto as secretarias municipais de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2009). Essa preocupação se reflete quando se percebe que 69% das pesquisas realizadas no Brasil sobre Economia da Saúde envolvem de alguma forma a análise dos custos envolvidos na gestão hospitalar (ANDRADE *et al.*, 2007).

No Brasil, de acordo com Cherchiglia e Dallari (2006), estas pressões para maior eficiência e efetividade das atividades das organizações de saúde sobre os recursos escassos se deram na década de 1990, principalmente no que tange aos hospitais públicos. As autoras alegam que estes sofreram diretamente com uma crise no Estado que reduziu o poder de manutenção financeira do Estado com as organizações de saúde públicas. Esta década demarcou-se pela crise fiscal crescente, exaustão do protecionismo às organizações nacionais e uma administração pública burocrática e ineficiente.

Isso significa que há algum tempo, organizações de saúde de diferentes países vêm enfrentando problemas similares (HUNTER, 1996), o que remete ao fato de que independente da cultura da nação, problemas administrativos bastante parecidos são encontrados em diferentes organizações de saúde. Em muitos países, os custos hospitalares fazem pressões sobre a administração em organizações de saúde, trazendo à tona reflexões sobre como os recursos são mais bem destinados e alocados nas gestões hospitalares (KEEN *et al.*, 1993). Para Hunter (1996), esses problemas referentes à contenção de custos buscam melhor performance de serviços, numa tentativa de fazer com que os serviços sejam mais sensíveis ao usuário (paciente) e atingir um valor maior ao dinheiro investido nos hospitais.

Assim sendo, a gestão financeira hospitalar pode ser definida como “o conjunto de técnicas específicas imprescindíveis para que a administração das organizações de saúde viabilize a perpetuação da entidade, a remuneração adequada dos fatores de trabalho e capital

e a excelência dos serviços médicos” (OLIVEIRA; GIUSTI, 2006, pp. 226-227). Por exemplo, sistema financeiros de custeio como o sistema ABC, pode favorecer a gestão dos hospitais brasileiros (RAIMUNDINI *et al.*, 2003).

Por isso, a administração adequada dos custos envolve o diagnóstico com precisão dos problemas de saúde do paciente e das reais necessidades de recursos a serem utilizados (AKTAŞ *et al.*, 2007). Isso requer desde então uma análise minuciosa que envolve tanto práticas operacionais quanto práticas relativas aos processos administrativos.

Com isso, Pink *et al.* (2001) dividem as análises financeiras de um hospital em categorias, das quais se destacam quatro: (1) Viabilidade financeira: mensura a saúde financeira focada além do curto prazo; (2) Eficiência: mensura os resultados do hospital em relação aos custos necessários para se produzir esses resultados; (3) Liquidez: mede como os ativos e endividamentos estão sendo geridos; (4) Capital: mensura como ativos de longo prazo (ativos fixos e grandes equipamentos) são administrados e adquiridos.

4.5.1 Receitas recebidas pela organização de saúde filantrópica

Como mencionado anteriormente por Bartman *et al.* (2005), as Santas Casas têm recebimentos financeiros provenientes tanto do SUS quanto de fontes privadas, como planos de saúde e atendimentos particulares. Portanto, ao avaliar seus recebimentos financeiros, devem-se avaliar todas as suas possíveis fontes de renda. Marinho (2001b) já apresentava um indicador que previa considerar o quanto a organização de saúde recebe do SUS, conforme descrito a seguir:

Recursos financeiros recebidos do
SUS

Complementarmente, é importante considerar também as demais formas de recebimentos financeiros que um hospital filantrópico pode ter. Ou seja, devem-se considerar as outras fontes financeiras que não aquelas provenientes do SUS de forma que se consiga entender a origem da receita total do hospital. Por isso o estabelecimento dos indicadores a seguir, que representam os rendimentos da parte privada das Santas Casas:

Recursos financeiros recebidos de
planos médicos

Recursos financeiros recebidos de
consultas e tratamentos particulares

4.5.2 Viabilidade financeira: Equilíbrio financeiro da organização de saúde

Baseando no racional proposto por Pink *et al.* (2001), a viabilidade financeira de um hospital pode ser mensurada pelo cálculo da margem total do hospital, em que se calcula o percentual pelo qual o total de receitas do hospital excede (ou não) os custos do hospital. Os autores ainda excluem o efeito da amortização dos ativos do hospital. Esse cálculo respeita a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Receita total do hospital no ano}}{\text{Custos totais + despesas totais do hospital no ano}}$$

Uma das formas de se verificar a eficiência financeira é também averiguar a receita anual em relação ao número de pacientes atendidos, conforme defendem Colauto e Beuren (2003). Com esse indicador, consegue-se identificar o quanto o hospital consegue capturar de receita, em média, para cada paciente atendido.

$$\frac{\text{Receita total do hospital no ano}}{\text{Quantidade de pacientes atendidos no ano}}$$

4.5.3 Eficiência

A eficiência financeira tem o intuito de avaliar o quanto se consegue ter de retorno sobre determinado nível de despesa para a organização de saúde. Para esse cálculo, escolheu-se pela mensuração da margem operacional, que verifica a eficiência das operações do hospital, conforme apresentou Levitz e Brooke Jr. (1985).

$$\frac{\text{Receitas operacionais totais do hospital no ano}}{\text{Despesas operacionais totais do hospital no ano}}$$

4.5.4 Liquidez

Para o cálculo de liquidez, optou-se por utilizar um indicador proposto por Levitz e Brooke Jr. (1985). Os autores propuseram em seu estudo seis taxas de liquidez aplicáveis a hospitais, das quais se escolheu uma delas que apresenta uma perspectiva global das organizações de saúde e que pudesse identificar o poder dela de sanar suas dívidas de imediato, que é a liquidez absoluta (pura), conforme o indicador a seguir:

$\frac{\text{Dinheiro em caixa no fim do ano} + \text{Valores em títulos negociáveis no fim do ano}}{\text{Valor de endividamento do hospital no fechamento do ano}}$

4.5.5 Capital

Nesse indicador, Pink *et al.* (2001) alegam que se deve mensurar as despesas com equipamentos, calculando a porcentagem das despesas totais contabilizadas em equipamentos de capitais. Por meio desse indicador, pode-se verificar o quanto das despesas do hospital foi destinado à compra e pagamentos de equipamentos necessários para as atividades do hospital. Essa medida está ligada, portanto, com a infra-estrutura do hospital num momento passado, influenciando assim, tendências futuras do hospital.

$\frac{\text{Despesas com equipamentos no ano}}{\text{Despesas totais do hospital no ano}}$

4.6 A qualidade do serviço de saúde (situação atual)

Muitos dos estudos sobre desempenho de organizações de saúde embasam-se em estudos relativos à qualidade do serviço de saúde. Alguns padrões de qualidade podem ser mais bem alcançados diante de investimentos financeiros por parte da organização de saúde, por isso, muitas das iniciativas que aumentam a qualidade dos serviços de saúde também aumentam os custos (SCHULZ; JOHNSON, 1976).

A partir do momento em que a qualidade dos serviços e a atenção aos custos têm ligação direta com a administração hospitalar, trata-se de uma atenção multidisciplinar que envolve tanto aspectos clínicos práticos quanto cuidados relacionados à gestão financeira e de

qualidade do hospital. Assim, a qualidade relaciona-se com a parte financeira da organização de saúde quando:

se reconhece que qualidade depende de gestão, seja lá qual for o nome que cada um deles receba. O limite daquilo que se pode fazer numa organização deve ser dado por ela própria, tanto em termos dos investimentos, financeiros ou não, que podem ser realizados, quanto das expectativas que serão levantadas e, idealmente, atendidas por seu intermédio (SCHIESARI; MALIK, 2006 b, p. 144).

Porém, a citação acima abre para novas compreensões sobre causa-efeito entre qualidade e custos, colocando a máxima de uma relação positivamente relacionada entre ambos, que a priori parece ser bastante convincente, em discussão. Essa relação pode ser observada de forma crítica porque um incremento de custos nos hospitais não necessariamente acarreta em melhor qualidade, tal como o aumento da qualidade não depende exclusivamente de incrementos de investimentos financeiros. Entretanto, é inegável que investimentos financeiros podem ter grandes impactos para incrementar a qualidade do serviço de saúde prestado.

Sobre a conceituação do que é a qualidade hospitalar, não há um consenso e tão pouco uma linha de pensamento comum entre os pesquisadores nas definições sobre a qualidade do serviço hospitalar. Chassin e Galvin (1998) já denotavam haver a necessidade em se ter medidas sobre a qualidade hospitalar com mais precisão científica e uma definição mais padronizada entre os estudiosos sobre o termo.

Ainda assim, a definição de qualidade mais usualmente aceita é a desenvolvida na década de 1990 e adotada pelo *Institute of Medicine*, em que a qualidade é o grau em que os serviços de saúde providos para indivíduos e populações aumentam as possibilidades de se atingir os resultados desejados de forma consistente com o conhecimento e técnicas médicas existentes. A qualidade vista sob este enfoque, demanda por sua vez a medidas de resultados baseados na qualidade atingida após a execução do atendimento hospitalar (RUBIN *et al.*, 2001). Nesta linha de pensamento, o *Institute of Medicine* (2001) complementa que a qualidade hospitalar envolve medidas que incrementem: a segurança dos pacientes; efetividade do serviço de acordo com os conhecimentos médicos existentes e disponíveis; centralização no paciente, garantindo um atendimento respeitoso e responsável de acordo com seus valores e necessidades; redução de espera no atendimento; eficiência para evitar desperdícios, sejam eles de materiais, insumos, idéias ou energia; equidade no atendimento, sem variações no mesmo de acordo com as características pessoais do paciente.

A qualidade do serviço médico prestado influencia diretamente na qualidade de vida dos pacientes (MIER *et al.*, 2008). Assim sendo, os serviços de qualidade dos serviços hospitalares têm influência direta sobre a função da organização de saúde que é prover qualidade de vida à população.

A qualidade hospitalar pode ser visto sob três enfoques: (1) experiência e *expertise* do corpo médico; (2) padrões na realização dos serviços de saúde; (3) percepção de qualidade por parte dos pacientes e envolvidos com ele.

4.6.1 *Evidence based medicine* – experiência e *expertise* da equipe médica

Sobre o primeiro enfoque, remete-se ao que se chama de *evidence-based medicine* (ou medicina baseada nas evidências e comprovações) em que determinados hospitais e seus respectivos médicos têm maior propensão de desenvolver conhecimentos científicos, oferecendo serviços de saúde de maior qualidade e menor custo (BERRY *et al.*, 2004). Ela se baseia na integração da experiência e *expertise* clínica individual do médico e das melhores evidências externas disponíveis através de pesquisas sistemáticas realizadas pelo médico (SACKETT *et al.*, 1996). Isso implica que se pode ter maior qualidade dos serviços hospitalares quando se tem experiência, conhecimento e *expertise* acumulados no corpo médico capazes de oferecerem serviços ao paciente com maior nível de qualidade.

Assim sendo, a experiência média do corpo médico pode ser uma forma de capturar qual a experiência da equipe médica e assim, o quanto ela tem de conhecimentos acumulados em práticas hospitalares.

Experiência média (em anos) do
corpo médico

Desta forma, uma melhor qualidade do serviço de saúde pode ser alcançada conforme existem treinamentos e transmissão de conhecimentos práticos ao corpo médico e aos demais funcionários da organização de saúde (CHASSIN; GALVIN, 1998). Em suma, Campbell *et al.* (2000) defendem em seu trabalho que a qualidade está ligada a essa concepção, alegando que ela tem relação direta com a eficiência dos serviços médicos prestados.

Por isso, a quantidade de horas de treinamentos teóricos que cada membro da equipe médica recebe é também uma forma de mensurar os conhecimentos e os *expertises* da equipe médica, de forma a avaliar também as iniciativas da organização de saúde em buscar o aprimoramento de seu corpo médico. Com isso, tem-se o seguinte indicador:

Quantidade média de horas oferecidas de treinamento para a equipe médica no ano

Nesta mesma linha de pensamento, um aumento de qualidade nos serviços de saúde pode estar vinculado também numa mudança de postura e de cultura organizacional por parte dos hospitais (DAVIES *et al.*, 2000). Ou seja, pode haver atividades e ações que estejam enraizados na cultura do hospital e que tragam melhores níveis de qualidade ao serviço sem que se tenha, necessariamente em contrapartida, incremento nos custos do hospital. Defende-se que existem outras maneiras de se incrementar a qualidade sem que se exista maiores custos ou redução do acesso à organização de saúde (VALDMANIS *et al.*, 2008). No mais, a cultura organizacional do hospital pode ainda trazer embutida em si uma maior consistência no provimento de segurança para os pacientes (NIEVA; SORRA, 2003; COLLA *et al.*, 2005).

No mais, deve haver compromisso da cúpula e alta diretoria do hospital para que sistemas de qualidade possam ser mais bem sucedidos (MALIK, 1992). Ou seja, a implantação de um sistema de qualidade (que avalia resultados e mensura desempenho, e por isso se relaciona com o que é apontado nesse trabalho) deve ocorrer no sentido *top-down* e deve ser estendido para toda a organização, não apenas parte dela.

Por isso, deve-se também identificar se existem programas de incentivo à qualidade hospitalar proveniente da alta administração e que influenciem uma cultura de qualidade contínua. Nesse caso, sugere-se um indicador dentro de uma escala *likert* de cinco pontos, com respostas entre “discordo totalmente” a “concordo totalmente”, sobre a existência de programas contínuos vindos da alta administração que incentivam e promovem a qualidade nas práticas cotidianas da organização de saúde.

Nível das iniciativas da alta administração em promover a qualidade nas práticas cotidianas

4.6.2 Acreditações como mensurações de qualidade

A segunda perspectiva de qualidade em hospitais, de acordo com Schiesari e Malik (2006 a), pode estar vinculada à conformidade aos padrões, adequação ao uso e satisfação do cliente. Nessa perspectiva, a qualidade do serviço hospitalar tem raízes no movimento de

Qualidade Total que foi aplicada às organizações de saúde. Desta forma, tem-se que a capacidade da organização de saúde em realizar procedimentos de forma padronizada direciona-a para a qualidade.

Desta forma, uma organização de saúde que detém qualidade passa a ser aquela detentora de creditações e certificações de instituições externas. A qualidade fica ligada à capacidade da organização de saúde em seguir padrões de conduta e procedimentos conforme o que se apontam como melhores práticas e obter, conseqüentemente, certificações para tal. Diante disso, conceitua-se que: “A Acreditação é o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, reservado e sigiloso, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos” (FEDLMAN *et al.*, 2005). Dessa forma, passam a ser favorecidas aquelas organizações de saúde capazes de utilizar-se da gestão de processos nos procedimentos médico-hospitalares e de administração de recursos do hospital (BITTAR, 2000).

No entanto, esse enfoque acaba não avaliando as especificidades e circunstâncias das práticas hospitalares. Ele favorece as organizações que conseguem seguir padrões e não imprevistos ou circunstâncias incomuns, que estão presentes no cotidiano hospitalar. Ainda nessa linha pensamento, a Qualidade Total passa a oferecer uma visão simplista sobre as organizações de saúde. Nessa visão, Gurgel Júnior e Vieira (2002, p. 333) afirmam que:

a aplicação de programas de qualidade, sob a ótica da eficiência de mercado, tem focalizado apenas aspectos instrumentais e analisa de forma reduzida o ambiente institucional das organizações, sobretudo, no setor público. Ao que parece, as medidas intraorganizacionais dos programas de qualidade têm tido baixo impacto sobre os custos do setor saúde, o que determina um alcance limitado dos programas neste sentido, quando não se observa o modelo de atenção como um todo. A superação destes problemas no sistema de saúde exige, sem dúvida, uma abordagem mais complexa em termos de política de saúde (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2002, p. 333).

Dada a importância em se ter certificações e creditações emitidas por órgãos externos capazes de garantir que práticas do hospital sigam padrões tidos como *best practices*. No entanto, como as organizações acreditadoras se diferenciam uma das outras, o ideal é que para o levantamento de dados da pesquisa se pergunte quantos certificados e creditações as organizações têm e quais são elas:

Quantidade de creditações emitidas por entidades externas que o hospital tem
--

4.6.3 Percepção da qualidade do serviço recebido

A terceira dimensão em perspectiva sobre a qualidade dos serviços hospitalares reside na linha das percepções, em especial, dos pacientes e dos seus familiares, ou como Ybañez *et al.*, (2006) preferem, usuários e acompanhantes. Para Donabedian (1990), por mais que o paciente e seus familiares na grande maioria das vezes sejam incapazes de entender em profundidade os elementos técnicos do serviço recebido, eles avaliam o serviço recebido por meio da percepção do interesse demonstrado pela equipe médica. Nessa linha de pensamento, Donabedian (1990) defende que as preferências dos pacientes são relevantes para a obtenção da qualidade hospitalar.

Portanto, nessa perspectiva, a qualidade é compreendida como a percepção que estes pacientes e familiares têm em relação aos serviços hospitalares, assim como considerado em alguns estudos (*e.g.* FORD *et al.*, 1997; KLOETZEL *et al.*, 1998; ANDALEEB, 2001; MENDES *et al.*, 2009) ou a percepção da equipe médica sobre seu trabalho oferecido (*e.g.* ARNETZ, 1999).

Nesta perspectiva o paciente passa a ser o centro das ações da organização, em que as atividades são direcionadas à busca de satisfação desses pacientes. É desta linha de pensamento da Administração Hospitalar, inclusive, que se considera o paciente um cliente que deve ser atendido conforme suas expectativas e o serviço deve ser direcionado a agradá-lo em prioridade, acima até mesmo da eficiência das atividades ou serviços realizadas.

Importante ressaltar que no presente estudo não se pretende capturar as opiniões dos pacientes para a verificação da qualidade percebida dos serviços prestados¹⁸. A idéia é entender se as Santas Casas detêm algum sistema de *feedback* para sua avaliação de qualidade a fim de se ter uma melhoria contínua dos serviços prestados aos pacientes. Por isso, o indicador a seguir busca identificar na verdade a presença de *feedbacks* para análise dos processos do hospital e para verificar se há iniciativas que favorecem o desempenho da organização, tal como propôs autores como, por exemplo, Corrêa (1986) e Kaplan e Norton (1996).

No caso dos hospitais, é importante que a quantidade de *feedbacks* seja relativizada em relação ao total de atendimentos realizados. Assim, podem-se analisar esses retornos com base em quantos pacientes foram atendidos.

¹⁸ No capítulo seguinte, será discutida a abordagem empírica da presente pesquisa. Nesse capítulo, serão apresentadas as estratégias de pesquisa, inclusive, o agente informante para a coleta de dados, que será o gestor do hospital e que, por isso, torna difícil e inviável o estabelecimento de um questionário paralelo aos pacientes atendidos por cada uma das Santas Casas da amostra.

<p>Quanto <i>feedbacks</i> formais de pacientes e / ou familiares foram coletados no ano para busca de melhoria do serviço prestado</p> <hr/> <p>Total de pacientes atendidos</p>

4.7 A acessibilidade ao atendimento promovido pela organização de saúde (situação atual)

A acessibilidade de uma organização de saúde seria equivalente à dimensão do atendimento social representada em outros estudos. Por exemplo, o estudo elaborado por Borba (2006), aplicou o BSC a um hospital, dando importância à dimensão social para as organizações de saúde diante da necessidade de se perceber esse âmbito social das organizações. Dessa forma, o estudo de Borba (2006) acrescentou uma dimensão ligada à perspectiva social do hospital¹⁹. Isso leva a crer não somente que a os aspectos sociais das organizações de saúde são fundamentais para se avaliar seu desempenho, mas que eles devem ser levados em consideração.

Portanto, o acesso, por objetivo social, deve ser realizado sob equidade entre os atendidos (SILVA; FORMIGLI, 1994). Porém, quando se trata de uma organização de saúde privada, o conceito de equidade no acesso perde significado, dado que ganhos corporativos sobrepõem-se sobre esta função social. No entanto, como o presente estudo foca-se em Santas Casas, a objetivo social das organizações de saúde perduram como foco de estudo.

A acessibilidade pode ser vista pelo enfoque que remete à satisfação do paciente segundo suas oportunidades de acesso ou ainda, a acessibilidade pode ser entendida como a capacidade e a quantidade de pessoas atendidas pela organização de saúde. Ou ainda, a acessibilidade pode estar ligada aos recursos que o hospital detém em decorrência de seus investimentos em infra-estrutura (resultado de um investimento financeiro prévio) que atrai pacientes para o atendimento.

¹⁹ Importante lembrar que o BSC, como preconizado e apontado por Kaplan e Norton (1996), pode ter dimensões adicionadas para melhor adaptação do modelo à especificidade da organização.

4.7.1 Atendimentos realizados pela organização de saúde

Marinho (2001b) estabelece indicadores relevantes para compreender o quanto uma organização de saúde pode, em termos de resultados, atingir a população. Para tal, o autor define quatro indicadores para se verificar a quantidade de pessoas atendidas pela organização de saúde, conforme seguem:

Número total de cirurgias no ano

Número total de consultas no ano

Número total de internações no ano

Número total de exames realizados

4.7.2 Localização da organização de saúde

A acessibilidade pode estar relacionada também a problemas geográficos da organização de saúde, sendo que a localização do hospital pode ou não favorecer a maximização do atendimento. Assim, é vastamente reconhecido que a localização dos serviços de saúde também interfere na sua taxa de acessibilidade (UNGLERT *et al.*, 1987). Esta discussão ganha maior relevância quando se trata de pacientes de área rurais (*e.g.* FORTNEY *et al.*, 1999). Tal fato leva a outras reflexões, como que em regiões industrializadas, que, portanto, detêm níveis sócio-econômicos superiores às zonas rurais, o acesso à saúde é maior (ADLER *et al.*, 2008). Isso implica que não apenas a proximidade é fator explicativo para a acessibilidade aos serviços de saúde, mas também questões sócio-econômicas impactam no seu acesso.

A qualidade dos serviços de saúde, assim como mencionado, relaciona-se também com a capacidade de acesso que este serviço oferece aos seus demandantes (CAMPBELL *et al.*, 2000). A organização de saúde pode promover elementos que facilitem o acesso das pessoas às suas dependências (DONABEDIAN, 1973), o que torna a proximidade um fator

relevante para a análise de um hospital. Quando existe a possibilidade de acesso ao atendimento, a organização de saúde aumenta seu valor perante a população que ela é capaz de atender.

Quantidade de habitantes que a
localização do hospital atende

4.8 Processos internos e operacionalização (situação atual)

A utilização dos serviços médicos é uma forma de mensurar os processos internos de um hospital (PINK *et al.*, 2001). De fato, os hospitais capazes de aperfeiçoar e controlar seus processos internos são aqueles que conseguem produzir melhores produtos (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007). Isso implica que a maneira pela qual as organizações de saúde operam suas atividades rotineiras tem impacto direto na qualidade e nos resultados obtidos. A eficiência das operações de um hospital não deve ser esquecida quando se tem um objetivo oficial estabelecido, pelo contrário, ela deve ser entendida como forma de se atingir o resultado dentro de um quadro de relações causa-efeito.

4.8.1 Tempo médio de espera para o atendimento do serviço médico

Duarte e Ferreira (2006) defendem que os indicadores hospitalares também podem mensurar os processos existentes através de unidades medidas temporais. Dentro desse conceito, Chow-Chua e Goh (2002) acreditam que o tempo de espera de um paciente deve ser um indicador utilizado para avaliação de desempenho porque ele afeta diretamente a qualidade do serviço prestado ao paciente. Assim sendo, optou-se por adotar a medida do tempo de espera para a consulta médica como forma de medir a eficiência da prontidão ao atendimento.

Tempo de espera médio para
consultas

4.8.2 Prazo médio de permanência

Zucchi *et al.* (1998) apóiam-se ainda nas definições do Ministério da Saúde para estipular um indicador para a média de permanência dos pacientes. Para tal, faz-se a relação entre os pacientes-dia (aqueles que são atendidos e liberados no mesmo dia) com o total de pacientes que receberam alta (saída) para verificar se os pacientes tendem a permanecer internados ou se são liberados no mesmo dia, acarretando em economias ao hospital. Esse indicador é apresentado conforme a notação a seguir:

$$\frac{\text{Quantidade de pacientes-dia no ano}}{\text{Número de saídas no ano}}$$

4.8.3 Taxa de rotatividade dos leitos hospitalares

A taxa de rotatividade dos leitos hospitalares é responsável por representar o tempo médio de internação do paciente no hospital (MARINHO *et al.*, 2001). Esse indicador representa assim a eficiência do hospital em administrar a permanência de seus pacientes.

$$\frac{\text{Número de saídas no ano}}{\text{Número de leitos-operacionais}}$$

Esse indicador é bastante similar ao conhecido como índice de rotatividade (IR) ou giro de rotatividade. A diferença é que o IR se baseia no número de saídas de um período sobre a quantidade de leitos nesse mesmo período, enquanto no giro de rotatividade divide-se o número de saídas do ano pela quantidade de leitos-dia (AHMG, 2007).

Porém, esse indicador (juntamente com o indicador antes dele) não consegue identificar exatamente esse tempo médio de permanência dos pacientes no hospital. Por isso, complementa-se aqui o indicador proposto por Marinho *et al.* (2001) para a mensuração do tempo médio de permanência dos pacientes do hospital.

$$\frac{\text{Número de dias de internação em um ano}}{\text{Número de leitos-operacionais}}$$

4.8.4 Taxa de ocupação

A taxa de ocupação, conforme Zucchi *et al.* (1998)²⁰, é a relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período. Esse indicador é importante para que se possa entender a produtividade da ocupação do hospital, dada sua capacidade instalada.

$\frac{\text{Quantidade de pacientes-dia no ano}}{\text{Número de leitos-dia no ano}}$
--

4.9 As capacidades da organização de saúde (perspectiva futuras)

Conforme visto no Capítulo 2, as capacidades do capital intelectual dividem-se em capacidades do capital humano e capacidades de estrutura, esse segundo que se divide em capacidades dos clientes e capital organizacional (EDVINSSON, 1997). No presente estudo, o capital organizacional vai ser focado na infra-estrutura e na capacidade tecnológica e de inovação das Santas Casas. Sintetizando esses conceitos presentes explicitamente em modelos como o *Skandia Navigator* para uma organização de saúde filantrópica, Colauto e Beuren (2003), o capital intelectual, que é visto pelos autores como ponto central para a gestão do conhecimento, divide-se em capital de humano, estrutural e clientes (pacientes).

4.9.1 Capacidades do capital humano

A capacidade instalada de capital intelectual não depende apenas de se ter bons profissionais, mas, principalmente, de tê-los disponíveis para o atendimento aos pacientes da organização de saúde. Dessa forma, é relevante que se entenda que a relação funcionários por leito e / ou cama é um indicador importante para se avaliar a produtividade e a qualidade dos hospitais (BITTAR, 1996; ZUCCHI *et al.*, 1998; ZUCCHI; BITTAR, 2002).

$\frac{\text{Quantidade total de funcionários}}{\text{Quantidade total de leitos}}$

²⁰ Os autores embasaram-se nas definições do Ministério da Saúde sobre taxa de ocupação.

No entanto, a quantidade de funcionários de uma organização de saúde envolve uma série de tipos de funcionários. Isso, por um lado, representa uma diversidade de funcionários e atividades que atendem os pacientes, o que é válido para ser uma maneira de mensurar o atendimento, dada a diversidade de necessidade de especialidades profissionais para um atendimento completo e holístico numa organização de saúde (CARNEIRO DA CUNHA; CORRÊA, 2010). No entanto, por outro lado, pode ser necessário mensurar também a quantidade de médicos (aqueles que realizam o tratamento propriamente dito) por quantidade de leitos. Por isso é relevante que se mensure não apenas a quantidade de profissionais, mas também a quantidade de médicos por leitos atendidos.

$\frac{\text{Quantidade de médicos}}{\text{Quantidade de leitos}}$
--

4.9.2 Capacidades de infra-estrutura

Um dos indicadores mais importantes para se verificar a infra-estrutura de uma organização de saúde é o **número de leitos** disponíveis para internações, tal como a **taxa de ocupação** dos leitos hospitalares. O indicador a seguir tem como função mensurar esses dois elementos expostos:

Número de leitos

Taxa de ocupação dos leitos hospitalares

Outro elemento importante para se verificar a capacidade de infra-estrutura de uma organização de saúde é sua área ocupada da edificação propriamente dita (m²). Isso não quer dizer que o **espaço físico existente** e disponível para os variados tipos de atendimentos vão garantir maior conforto aos pacientes, ou maior capacidade de atendimento, no entanto, isso pode representar a capacidade que ele tem para o atendimento. Essa capacidade sim que é o foco de se entender esse elemento. Marinho (2001b) entende que o espaço físico pode ser

mensurado tanto em termos de área construída, quanto o número de cômodos utilizados para o atendimento (número de salas ativadas de ambulatório, emergência e cirurgias). Os indicadores a seguir são os mesmos apontados por Marinho (2001b):

Área construída total em m ²

Número de salas ativadas de ambulatório, emergência e cirurgias
--

Por fim, as capacidades de infra-estrutura de uma organização de saúde podem estar relacionadas com as tecnologias que elas têm disponíveis. Uma forma de identificar essa **capacidade tecnológica** é mensurar o montante financeiro investido nessa tecnologia.

Recursos gastos no ano para compra de equipamentos tecnológicos
--

A limitação do indicador de tecnologia é que investir quantias financeiras em tecnologia não necessariamente significa ter um uso efetivo e eficiente dessa tecnologia adquirida. No entanto, supõe-se que devido aos recursos escassos nos hospitais, deve haver uma busca pela otimização do uso desses equipamentos.

4.9.3 Capacidades de retenção de pacientes

Colauto e Beuren (2003) entendem que a capacidade que uma organização de saúde filantrópica tem em reter um paciente e fazê-lo voltar ao hospital para continuidade do tratamento. Assim, a capacidade de retenção desse tipo de organização pode ser representada pelo indicador a seguir

Frequência de retornos dos pacientes para continuidade do tratamento

4.10 A efetividade e eficácia dos serviços e tratamentos das organizações de saúde (situação atual)

É importante que a avaliação de desempenho de organizações de saúde tenha medidas que se relacionem de forma significativa com os resultados obtidos sobre o tratamento do paciente (WERNER; BRADLOW, 2006). Isso implica que os esforços para avaliação de desempenho dessas organizações devem voltar-se para o estado de saúde o qual o paciente se encontra depois do atendimento médico recebido na organização de saúde.

4.10.1 Mortalidade

Neste contexto, avaliar a taxa de mortalidade da organização de saúde passa a ser uma variável importante para as considerações da avaliação dos resultados obtidos sobre os pacientes. Os indicadores de mortalidade hospitalar são válidos como meio para se indicar serviços hospitalares e seus eventuais problemas de qualidade (DUBOIS *et al.*, 1987; TRAVASSOS *et al.*, 1999). Entretanto, obter um indicador que represente a mortalidade hospitalar com rigor científico adequada não é uma tarefa simples. Isso depende da qualidade das fontes de dados e do intervalo de tempo no qual esse indicador é calculado (TRAVASSOS *et al.*, 1999).

Dessa forma, para se mensurar o nível de mortalidade ocorrido no hospital, utiliza-se o indicador a seguir, adaptado de forma relativa ao indicador usado nos estudos de Marinho (2001b):

$\frac{\text{Número total de óbitos no ano}}{\text{Quantidade de atendimentos no ano}}$

Vale destacar que o cálculo da mortalidade aqui é um cálculo geral, ele não envolve os diferentes tipos e causas de morte, tal como estudos como o de Weiner *et al.* (2006), porque cada uma das Santas Casas pode ter especialidades, divisões de departamentos e a existência de áreas diferentes entre si. O intuito do presente modelo é avaliar a mortalidade global do hospital filantrópico. Portanto, essa é também uma limitação desse indicador, ele não captura a mortalidade nos diferentes departamentos do hospital.

4.10.2 Taxa de cesária

Trabalhos como o de Ibañez *et al.* (2001) estabelecem a taxa de cesária como uma forma de se avaliar a qualidade do serviço prestado por um hospital. A tendência de um hospital ideal é que ele realize o mínimo de cesárias possíveis.

$\frac{\text{Cesárias realizadas durante o ano}}{\text{Total de partos realizados durante o ano}}$
--

4.11 A segurança do serviço de saúde: práticas sanitárias (situação atual)

Problemas de segurança da saúde dos pacientes estão presentes há muito tempo na Medicina. Principalmente porque esses problemas de segurança e falta de práticas sanitárias, por muitas vezes, geraram problemas de sepse (quadros de infecção no paciente). “Embora só recentemente a natureza infecciosa de muitas doenças tenha sido descoberta, a história da humanidade tem mais de 50.000 anos e desde longo tempo o homem utiliza substâncias para combater as enfermidades” (MARTINS, 2006, p. 14). Assim, muitos foram os acontecimentos que marcaram a ocorrência de sepse e a busca pelo seu tratamento. Chege e Cronin (2007) apresentam alguns eventos históricos importantes que relatam a busca para o tratamento da sepse. Os autores apontam que os primeiros relatos de combate à sepse foram identificados no ano de 2735 a.C. quando o então imperador chinês, Sheng Nung, descreveu relatos sobre o uso de medicamentos ervaais para tratar a febre proveniente da sepse em doentes. Mais adiante no tempo, os autores citam a epidemia da praga bubônica, mais conhecida como “peste negra” que afetou a Europa medieval, também levou a um quadro de mortes em massa por sepse. Mais adiante, Chege e Cronin (2007) relatam, já se tratando do século XX, que muitas mortes de soldados nas trincheiras da Segunda Guerra Mundial foram aceleradas pela incidência de infecções adquiridas. Em todos esses acontecimentos, medidas de combate às infecções eram desenvolvidas e aplicadas nos enfermos, mesmo sem que houvesse ainda uma clara conceituação do que de fato era a sepse.

Percebe-se que por mais que houvesse iniciativas para se combater a sepse, não havia ainda conceitos de segurança sanitária bem definidos e desenvolvidos, capazes de sustentar a disseminação de práticas estruturadas e de uma cultura generalizada de combate às infecções. Dessa forma, até meados do século XIX, os hospitais pouco se preocupavam com mediadas

sanitárias como forma manter a qualidade do serviço oferecido e melhorar as condições de seus pacientes (KOCHERY; STRAUSS, 1960). No entanto, percebeu-se que cuidados com a higiene e a segurança do paciente podiam interferir diretamente no seu estado de saúde, tal como no próprio tratamento recebido. Assim, as medidas de segurança sanitária gradativamente foram ganhando espaço e sendo absorvidas pelas práticas hospitalares.

Nos anos 1980, com a queda do *welfare state*, os sistemas de saúde por todo o mundo apelaram para a reforma sanitária (ALMEIDA, 1995), o que demonstrou uma preocupação crescente pelas práticas sanitárias. Isso indica que mesmo diante de crises, os sistemas de saúde se re-organizaram para estabelecer padrões mínimos sanitários para seus sistemas de saúde.

Paralelamente, no Brasil, a realidade que se encontrava era o advento da Constituição de 1988, em que se instituiu por definitivo a universalidade do acesso à saúde, a segurança sanitária também passa a ser prevista por lei, fazendo com que as medidas para prevenção de eventos adversos fossem obrigatórias para os hospitais. A Lei nº 8.080 de 1990, que discorre sobre algumas normativas e leis de funcionamento SUS, tal como abrange os objetivos e atribuições da Vigilância Sanitária. Assim sendo, juridicamente, a Vigilância Sanitária ganha um papel fundamental no Brasil, em que, conforme a referida lei:

Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
- II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1990).

Entretanto, a importância de órgãos responsáveis pela vigilância sanitária e que assegurasse padrões mínimos de seguridade sanitária levou a discussões todo o mundo. Essa relevância ganhou ainda mais proporção quando se verificou, por meio da *Harvard Medical Practice Study* de 1991, que 3,7% dos pacientes sofrem algum tipo de dano em seus atendimentos no hospital (LEAPE *et al.*, 1991), sendo que 70,5% desses eventos causam incapacidade temporal, 2,6% dos casos têm como consequência algum tipo de incapacidade definitiva no paciente e finalmente, 13,4% levam o paciente ao óbito (BRENNAN *et al.*, 1991). No entanto, Leape (2009) observa que o fenômeno da segurança do paciente só ganhou notoriedade perante os médicos e a sociedade em 2000, com a publicação do livro *“To Err is*

Human” elaborado por editores do IOM (*Institute of Medicine*)²¹. Todos esses esforços emergentes culminaram na iniciativa da WHO (*World Health Organization*) em criar a *World Health Alliance for Patient Security* (numa tradução livre: Aliança Mundial para Segurança do Paciente) no ano de 2004 (LEAPE, 2009). Reforça-se assim a importância da segurança na realidade dos setores de saúde, o que envolve, em especial, a segurança sanitária.

Dessa forma, torna-se inevitável considerar a conformidade de uma organização de saúde brasileira com a seguridade sanitária para a sua avaliação de desempenho. O quanto uma organização de saúde pode obter de segurança sanitária é um módulo de análise de fundamental importância para o contexto dessas organizações.

4.11.1 Taxa de infecção hospitalar

Para Lopes e Lopes (2008, p. 163): “O sucesso das ações de Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde pode ser avaliado pela redução de eventos adversos associados à Assistência à Saúde”. Sabendo que os eventos adversos²² são em grande parte das vezes associados aos à infecção hospitalar.

A sepse é uma das grandes causadores de óbitos nos hospitais. Adicionalmente, o caso brasileiro se encontra num cenário um pouco mais agravante, apresentando, na média, uma das maiores taxas de mortalidade por sepse no mundo, sendo que os casos brasileiros tendem ainda a serem mais graves e a exigir maior tempo de internação (SALES JUNIOR *et al.*, 2006).

Trazendo essas preocupações para o bojo das discussões de avaliação de desempenho, a primeira consideração a ser feita é de que mensurar estatisticamente esse tipo de ocorrência é mais difícil que outros tipos de indicadores hospitalares. A mensuração da infecção hospitalar depende da compreensão do contexto do sistema no qual a infecção ocorre (THOMAS; PETERSEN, 2003). Por isso, a dificuldade em se levantar esses dados.

²¹ KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To Err Is Human**. Building a Safer Health System. Washington (Estados Unidos): National Academy Press, 2000.

²² Segundo Nascimento *et al.* (2008), eventos adversos são ocorrências indesejáveis, mas previsíveis, que ameaçam a segurança do paciente sob os cuidados de profissionais da saúde. Gallotti (2004, p.114) corrobora dizendo que eventos adversos “são definidos como complicações indesejadas decorrente dos cuidados prestados ao paciente, não atribuídas à evolução natural da doença de base”. Gallotti (2004) estipula ainda em seus estudos que em 10% dos casos o paciente pode sofrer um distanciamento entre o cuidado ideal e o cuidado real (o que caracteriza o evento adverso), e estima que de 50% a 60% destes eventos adversos podem ser prevenidos. Mendes (2007) comprovou empiricamente haver proporções semelhantes a essas, apontando que a incidência de eventos adversos de um hospital do Rio de Janeiro foi de 10,1% , sendo 69% dos casos evitáveis.

A segunda consideração relevante trata de entender que quanto mais o paciente permanece no hospital, maiores são seus riscos de sofrer algum evento adverso em resultado de eventos administrativos, interativos ou processuais (ANDREWS *et al.*, 1997). Isso implica que a taxa de infecção hospitalar (eventos adversos) está diretamente relacionada com a capacidade do corpo médico do hospital e da infra-estrutura do hospital em evitar esse tipo de ocorrência. Ou seja, o desempenho de uma organização de saúde deve levar em consideração esse tipo de fenômeno, dado que medidas de controle das infecções leva à melhoria da qualidade do serviço hospitalar prestado (EGGIMANN; PITTET, 2001).

Uma terceira consideração ainda é importante sobre a avaliação de desempenho sobre a taxa de infecção. Estudos demonstram que existe um custo maior para os pacientes que adquirem sepse, dado que eles têm maiores gastos com medicamentos, com o atendimento da equipe médica, com as tecnologias utilizadas e com a infra-estrutura utilizada para manter um paciente internado com infecção que fica mais tempo no hospital (*e.g.* EDBROOKE *et al.*, 1999; ANGUS *et al.*, 2001; MOERER *et al.*, 2002; BURCHARDI; SCHNEIDER, 2004; DELLINGER *et al.*, 2008). Portanto, a incidência de infecções acarreta ainda em mais um efeito negativo relacionado aos maiores custos de internação e tratamento do paciente.

Por isso, calcular a taxa de eventos adversos ocorridos no ano é uma forma de se criar um indicador que mensure essa perspectiva. O indicador a seguir representa uma forma de se calcular esses eventos.

$\frac{\text{Quantidade de eventos adversos no ano}}{\text{Quantidade de saídas no ano}}$

4.11.2 Descarte do lixo hospitalar

Assim como discutido anteriormente, a questão ambiental é uma variável já considerada em alguns modelos e pensamentos de avaliação de desempenho organizacional. Por isso, deve-se ater à sustentabilidade não apenas social e econômica que uma organização de saúde é capaz de prover, mas também a sua sustentabilidade ambiental. Por isso, quando o lixo hospitalar²³ não é devidamente descartado, gera-se um passivo ambiental que não pode ser desconsiderado numa avaliação hospitalar.

²³ Lixo hospitalar é qualquer lixo gerado pela indústria médica, tal como hospitais e laboratórios médicos, o que inclui os lixos anatômico, patológico, infeccioso, perigoso ou qualquer outro lixo que apresente risco (LEE; HUFFMAN, 1996).

O descarte de materiais médicos usados é uma preocupação que se agravou, principalmente, com o advento do vírus HIV, que pode estar contaminando esse material hospitalar (KEENE, 1991; LEE; HUFFMAN, 1996). Por isso, inclusive, em termos de contaminação, é preferível que o material seja incinerado a ele ser colocado em um aterro sanitário. No entanto, o processo de incineração é caro e requer uma estrutura que nem sempre é possível.

Townend e Cheeseman (2005) desenvolveram uma metodologia para avaliação do tratamento de resíduos hospitalares que classifica as organizações de saúde em cinco níveis, conforme o Quadro a seguir:

Quadro 6 – Níveis de desempenho operacional de descarte de lixo hospitalar

Nível	Desempenho operacional
Nível 0	Operando de maneira totalmente instável e relutante a mudanças
Nível 1	Geralmente operando de maneira instável, entretanto, existe de cuidado e vontade a mudanças
Nível 2	Operando com alguns aspectos considerados sustentáveis e outros não-sustentáveis
Nível 3	Geralmente operando de acordo com desenvolvimento sustentável, mas alguns aspectos não é o ideal
Nível 4	Operando de forma a apresentar todas as características normalmente associadas com o desenvolvimento sustentável

FONTE: Adaptado de TOWNEND; CHEESEMAN, 2005, p. 399.

A intenção no presente estudo é que para cada uma das nove categorias propostas para o descarte de lixo hospitalar, o respondente estabeleça o nível de desempenho operacional, conforme o Quadro 6. O Quadro 7 a seguir, representa essas nove categorias, conforme relacionadas por Townend e Cheeseman (2005), sintetizadas em um único indicador por categoria:

Quadro 7 – Indicadores para mensuração dos cuidados com lixo hospitalar

Categorias	Indicadores
Administração geral	Cuidado da alta administração com o lixo hospitalar (Presença de ISO 14000)
Problemas sociais	Presença de comitê consultor da equipe, pacientes ou saúde e segurança
Energia e uso de água	Existência de políticas que assegurem a economia de energia e água no hospital
Compras e fornecimento	Existência de coordenação na rede de fornecedores de forma a reduzir as embalagens, materiais usados e reciclagem
Administração do lixo	Presença de políticas de administração do lixo que garantam a segregação do lixo, envio de materiais para destruição e profissionais responsáveis por essas atividades
Transporte de lixo	Existência de coleta de lixo compactadora para materiais não perigosos e presença de transporte específico para materiais perigosos
Reciclagem de lixo e reutilização	Reutilização de materiais quando possíveis e reciclagem de lixo
Tratamento de lixo	Incineração dos materiais perigosos usados
Descarte fora do hospital	Aterro sanitário isolado e que não compromete a saúde das pessoas

FONTE: Adaptado de TOWNEND; CHEESEMAN, 2005, pp. 401-403.

A idéia do presente estudo é aplicar em cada um desses indicadores uma pontuação entre 0 a 4. Para tal, pretende-se realizar uma pergunta para cada um dos dez fatores apresentados por Townend e Cheseman (2005) e ao final, estabelecer uma média de pontuação para determinar um *score* final referente ao descarte de lixo hospitalar para o hospital analisado.

4.11.3 Re-utilização de material hospitalar

A re-utilização de materiais médico-hospitalares podem também ser causas para o surgimento de eventos adversos (BATISTA *et al.*, 2006). A re-utilização de materiais, principalmente aqueles que deveriam servir para o uso uma única vez, em um único paciente, pode trazer problemas alérgicos e infecções entre pacientes (KOZAREK, 1995).

No entanto, por outro lado, a questão do desperdício também é uma preocupação na realidade de um hospital (ARANHA; VIEIRA, 2004) e as práticas de re-utilização de materiais que deveriam ser descartáveis ocorrem, em grande parte, para evitar que se tenham custos hospitalares maiores, sejam eles de compra ou de descarte (KOZAREK, 1995). Porém, há um *trade-off* entre segurança e custos, principalmente no que se refere às práticas de re-utilização de materiais que deveriam ser utilizados apenas uma vez (SLOAN, 2007), um comportamento que é comum nos hospitais brasileiros que carecem de recursos e afeta diretamente a qualidade dos serviços (TITTON *et al.*, 2008). Ou seja, trata-se de uma prática que vai contra as normas sanitárias de segurança, porém, que representa uma estratégia utilizada por médicos que combatem a falta de recursos.

Assim sendo, para Graziano *et al.* (2009), diversas são as medidas adotadas para se atingir as tidas melhores práticas (que os autores chamam de padrão-ouro) para o processamento e esterilização de materiais médico-hospitalares-dentais. Os autores defendem 77 pontos de análise para cuidados necessários na re-utilização de materiais, as quais podem ser indexadas conforme o seguinte indicador obtido por meio de uma auditoria dos materiais re-utilizados:

<p><u>Materiais encontrados sujos após inspeção (visual + testes químicos)</u></p>
--

<p>Total de materiais analisados</p>

Importante destacar que no caso de uma organização de saúde não realizar essa auditoria, ela coloca em risco seus materiais re-utilizados. Por isso, seu indicador identificaria essa não verificação de uma amostragem dos materiais esterilizados.

5 PROCEDIMENTOS E ESCOLHAS METODOLÓGICAS

“Qualquer idéia poderosa é absolutamente fascinante e absolutamente inútil até que você a coloque em prática”
(Richard Bach)

5.1 Natureza da pesquisa

Não se parte do pressuposto de que as abordagens quantitativas são metodologicamente opostas às qualitativas, mas assim como defendem Pope e Mays (2006), complementares. Diante disso, buscou-se o uso da pesquisa qualitativa como ferramenta de estudo anterior à abordagem quantitativa. A pesquisa qualitativa “não é útil apenas como primeiro estágio da pesquisa quantitativa. Também tem um papel a desempenhar na ‘validação’ da pesquisa quantitativa ou no oferecimento de uma perspectiva diferente sobre os mesmos fenômenos sociais” (POPE; MAYS, 2006, p. 15).

Isso implica que o modelo conceitual desenvolvido neste estudo tem bases qualitativas em sua formulação e validação, no entanto, a pesquisa empírica tem caráter quantitativo. Essa consideração para a pesquisa empírica está em sintonia com a tendência dos estudos da área de Administração de Desempenho em que, diferentemente das outras linhas de pesquisa da Administração, tendem a ser mais quantitativos (fruto de um campo de estudo de *hard science*²⁴) e aplicáveis às organizações (THORPE; BEASLEY, 2004). Em consonância com isso, o presente estudo segue essa mesma perspectiva, e baseia-se num estudo quantitativo aplicado às organizações específicas de saúde, em especial, hospitais filantrópicos.

5.2 Objeto de estudo e amostra

É importante haver um estudo empírico para que os construtos de mensuração de desempenho aqui desenvolvidos sejam aplicados porque ainda se observa um relativo descolamento entre o que é desenvolvido academicamente e o que é aplicado na prática no campo da avaliação de desempenho de organizações de saúde (MANNION; GODDARD,

²⁴ O nível de *hardness* de um campo de pesquisa, conforme Kuhn (1962), depende do nível de aceitação das teorias existentes na área. As áreas de maior homogeneidade de orientação teórica tendem a ser mais *hard science* e tendem a ser mais objetivas. No entanto, vale ressaltar que a área de Avaliação e Mensuração de Desempenho detém paradigmas homogêneos, mas não uma padronização nas definições e conceituações, tal como apontam Franco-Santos *et al.* (2007).

2002). Há a necessidade de se aplicar tudo aquilo que é desenvolvido no campo teórico para a dimensão real, da prática hospitalar (KOLLBERG, 2007). Por isso a demanda por estudos capazes de aplicar empiricamente questões teóricas na realidade organizacional das organizações de saúde. Diante dessa demanda e baseando-se em toda discussão levantada nos capítulos anteriores, pretende-se aplicar o modelo aqui desenvolvido nas organizações de saúde, mais especificamente, nos **hospitais filantrópicos**.

Importante acrescentar também que o objeto de análise consiste no hospital por inteiro, de forma global, e não em uma atividade ou departamento específico. Entende-se aqui que as organizações de saúde são complexas e compreendem grande quantidade de departamentos / setores, o que impulsiona a avaliação realizada seja de âmbito global (organizacional). Isso reforça que o enfoque de análise sobre os objetos de estudo englobam a organização como um todo, no seu aspecto gerencial global, e não na efetividade de ações específicas de cada departamento.

5.3 Validação das variáveis do modelo

Antes de coletar os dados referentes aos hospitais sobre os indicadores levantados pela literatura, é importante que se valide quais desses indicadores são, de fato, relevantes para os propósitos da pesquisa. Para tal, buscou-se um processo de validação de modelos que fosse ao mesmo tempo eficiente (“fazer as coisas de maneira correta”) e efetivo (“fazer as coisas certas”), de forma a abranger as duas perspectivas de uma validação de modelos propostas por Landry e Oral (1993).

Assim sendo, a validação de efetividade consiste em verificar com especialistas sobre o tema se, de fato, os indicadores propostos eram relevantes para a pesquisa de campo, enquanto a validação de eficiência consistiu em estabelecer um processo de verificação das variáveis antes de ir a campo.

Para o primeiro caso, a validação do modelo final a ser utilizado na pesquisa buscou respeitar processos do método Delphi, adaptando-o conforme as possibilidades de acesso da pesquisa e verificando a validade das informações coletadas, ao mesmo tempo em que se buscou com especialistas a opinião deles sobre os indicadores propostos, de forma a abranger no modelo indicadores que fossem importantes na prática.

5.3.1 O método Delphi

Em meados do século XX, pesquisadores da *Rand Corporation* (empresa ligada a projetos de defesa militar da força área dos Estados Unidos), começaram a utilizar-se da opinião de especialistas para fundamentações científicas (LINSTONE; TUROFF, 1975; LANDETA, 2006). Nesse estudo, o objetivo era obter o consenso de opinião de forma mais objetiva possível de um grupo de especialistas por meio de uma série de questionamentos. Desses estudos, emergiram-se métodos de coleta de dados por meio de opiniões de especialistas, sendo o mais popular deles, o método Delphi (oriundo do nome do projeto desenvolvido pela *Rand Corporation*), em que a opinião de especialistas coletada de forma sistemática expandiu-se e passou a ganhar validade perante os acadêmicos. A partir de então, o método Delphi é entendido como uma forma sistemática em se obter a opinião de especialistas sobre determinado assunto (DALKEY, 1969) com validade nas pesquisas científicas.

Nesse sentido, para Linstone e Turoff (1975), o método Delphi pode ser caracterizado como uma forma de se estruturar um processo de comunicação em grupo, de forma que esse processo seja eficiente em permitir que o grupo de indivíduos especialistas, como um todo, lide com um problema complexo. Os autores alegam que para se atingir essa “comunicação estruturada”, o processo deve oferecer: *feedback* das contribuições de conhecimentos individuais; alguma avaliação relacionada ao ponto de vista do grupo; oportunidade para os indivíduos revisarem seus pontos de vista; algum grau de anonimato para os respondentes participantes da pesquisa.

No mais, o método Delphi pode ter variações de resultados, dependendo do grupo de participantes que se tem. Entretanto, essa variação de resultados é pequena. Por exemplo, Duffield (1993) aplicou essa estratégia de pesquisa sobre dois grupos de enfermeiros que lidavam com gestão hospitalar para se avaliar as mesmas variáveis de desempenho operacional pessoal: 93% das variáveis foram aceitas ou rejeitadas em ambos grupos, enquanto os demais 7% trouxeram discrepância. Isso mostra que a variação do grupo pode trazer pouca variação no resultado levantado. Isso justificou a aplicação do método Delphi em apenas um grupo de especialistas em avaliação de desempenho em organizações de saúde.

Esse exemplo remete a duas observações importantes. A primeira é que o método pode ser utilizado em diferentes áreas. Assim sendo, por mais que a técnica do método Delphi, apesar de ter sido desenvolvida num contexto militar, ela pode ser aplicada em diversas outras áreas. Linstone e Turoff (1975) inclusive afirmam que o método é aplicável para a área de

avaliação da saúde. De fato, essa aplicação vem sendo regularmente aplicada nos estudos das áreas de avaliações médicas de âmbito organizacional (e.g. COUPER, 1984; JONES; HUNTER, 1995; POWELL, 2003), dado que essa técnica ajuda a aumentar a efetividade das decisões gerenciais nos aspectos relacionados aos cuidados médicos e sociais (HASSON *et al.*, 2000). A segunda observação relevante é que o método pode ser usado para o levantamento de variáveis sobre o desempenho das organizações, em especial, as organizações de saúde. Portanto, é possível o uso do método Delphi com especialistas na gestão hospitalar para que os entrevistados possam validar as variáveis relevantes para a avaliação de desempenho das organizações de saúde.

A quantidade de especialistas envolvidos nesse processo tem efeito direto no potencial de idéias a serem consideradas, na geração de dados, tal como na quantidade de dados que o pesquisador trabalha (HASSON *et al.*, 2000). No entanto, não existe uma quantidade ideal de participantes desse método (*ibid*) porque essa quantidade depende do escopo da pesquisa (VERGARA, 2008), tal como, da disponibilidade de especialistas em participar da pesquisa.

5.3.2 A aplicação derivada de alguns dos conceitos do método Delphi

Como o método Delphi já foi bastante explorado, numa amplitude de aplicações que deu origem a diversas variações na forma de sua implementação (ERFFMEYER *et al.*, 1986), o método pode conter diferenças de formato. Dessa forma, para o presente estudo, alguns conceitos do método Delphi foram considerados para a coleta de opiniões de especialistas sobre os indicadores de desempenho a serem utilizados para a avaliação de desempenho de hospitais filantrópicos.

Assim, o presente estudo abordou, individualmente, especialista sobre avaliação de desempenho para hospitais filantrópicos a fim de validar com eles quais seriam as variáveis constituintes do modelo final a ser aplicado, posteriormente, aos hospitais filantrópicos da amostra. No que se refere à escolha dos participantes dessa fase da pesquisa, quando se utiliza o método Delphi, os especialistas participantes não são escolhidos aleatoriamente, sendo eles selecionados conforme sua experiência e conhecimento no assunto a ser explorado (HASSON *et al.*, 2000). Por isso, os participantes selecionados foram escolhidos por conveniência, ou seja, aqueles que o pesquisador teve acesso e que tinham experiência na gestão de organizações de saúde, de forma que já deviam em algum momento ter trabalhado com a avaliação de desempenho nesse tipo de organização.

Sendo assim, 15 especialistas participaram dessa fase de validação das variáveis. No entanto, um deles teve suas respostas descartadas porque suas respostas referentes à pergunta de controle foram divergentes, de forma que suas respostas foram desconsideradas. Por isso, ao final, foram considerados **14 especialistas com respostas válidas** sobre os indicadores necessários para a avaliação de desempenho em hospitais filantrópicos.

Para a abordagem dos especialistas, foi elaborado um instrumento de pesquisa²⁵ que pudesse servir de respaldo para suas respostas. No mais, era importante que houvesse um instrumento homogêneo a todos os respondentes porque as abordagens foram feitas pessoalmente, por contato telefônico e por *e-mail*.

Assim, a primeira seção do instrumento de pesquisa consistiu em perguntar aos respondentes, de forma sucinta, qual era a **experiência profissional** deles com as organizações de saúde e quais as atividades realizadas por ele que eram relacionadas com o uso de indicadores de desempenho para essas organizações, principalmente, para os hospitais filantrópicos. Foi importante essa pergunta para entender qual era a experiência profissional de cada participante, a fim de avaliar se ele(a) poderia se enquadrar, de fato, como um especialista no assunto. A idéia era que se nesse momento, algum respondente apresentasse uma experiência não congruente com os objetivos da pesquisa, esse respondente fosse descartado por não se caracterizar como especialista no assunto.

Posteriormente, a segunda parte da pesquisa consistiu em um **levantamento teórico sobre todas as variáveis tidas como relevantes na interpretação do pesquisador**, dentro das perspectivas de avaliação julgadas relevantes nesse levantamento. Vale entender que nesse estudo, esses indicadores foram considerados como sendo as variáveis da pesquisa, conforme estudos prévios da área da gestão de saúde já consideraram indicadores como variáveis de modelos (*e.g.* MARINHO, 2001a; 2001b). Assim, os indicadores propostos foram considerados como as variáveis independentes da pesquisa. Isso fez com que as análises realizadas sobre cada um dos indicadores servisse como avaliação para as variáveis a serem, posteriormente, compostas no modelo final da pesquisa.

Assim sendo, o passo seguinte consistiu em apresentar num instrumento de pesquisa, numa **escala likert de cinco pontos**, de quais o respondente julgava o grau de importância de cada um dos indicadores conforme sua percepção de relevância para se mensurar o desempenho dos hospitais filantrópicos (sendo o indicador classificado como “cinco” aquele

²⁵ Vide Apêndice I dessa pesquisa que apresenta o roteiro utilizado para abordagem dos especialistas.

considerado extremamente importante e o classificado como “um” aquele com o menor grau de importância).

Importante ressaltar nesse momento que se elaboraram nesse instrumento de pesquisa duas **perguntas de controle**. Ou seja, duas perguntas iguais foram apresentadas de forma diferente para avaliar a consistência das respostas obtidas: O indicador 4.5 (“taxa de ocupação = número de pacientes-dia em um ano / número de leitos-dia disponíveis ao longo do ano”) era o mesmo que o indicador 5.4 (“taxa de ocupação”, apresentado sem uma fórmula matemática). Sabe-se que o respondente pode entender que os dois indicadores apresentam embasamento conceitual diferentes, o que refletiria em diferentes respostas, entretanto, essa diferença não pode ser considerada abrupta. Portanto, caso algum respondente considerasse os dois indicadores como extremos em sua opinião, isso demonstraria uma incoerência nas respostas. Não é coerente que dois indicadores considerados para mensurar o mesmo elemento, mesmo que sob metodologias diferentes, apresentem diferenças extremas de opinião sobre sua importância para a avaliação global dos hospitais filantrópicos.

Numa segunda seção do instrumento de pesquisa, os respondentes deveriam **acrescentar os indicadores que julgavam extremamente importantes**, mas que não estavam contidos previamente no instrumento de pesquisa. No mais, os respondentes também foram orientados a dar opiniões e sugestões sobre o assunto, sejam em críticas aos indicadores ou na discussão sobre temas relevantes a serem considerados na avaliação de desempenho de hospitais filantrópicos.

Nas abordagens posteriores, para a busca de uma opinião final do grupo de especialistas, optou-se por utilizar uma abordagem via correio eletrônico (*e-mail*). Vale lembrar que a forma eletrônica de se abordar especialistas por meio do método Delphi é válida (VERGARA, 2008), inclusive, já foi realizada em estudos da área da saúde (*e.g.* MARSDEN *et al.*, 2003). O uso de *e-mails* nesse ponto da pesquisa se deu por dois grandes motivos: (1) porque seria difícil marcar novas entrevistas presenciais com cada um dos participantes da primeira etapa; (2) porque a realização dessa etapa por intermédio de trocas de *e-mails* era mais condizente para que o respondente desse um retorno conforme sua disponibilidade.

Essa fase de busca de uma opinião representativa do grupo, tal como a fase de pontuação das variáveis, são decisivas para que as variáveis de avaliação de desempenho previamente levantadas por todas as dimensões tidas como relevantes na revisão de literatura pudessem ser reduzidas e mais focadas. As variáveis tidas como pouco relevantes pelos especialistas podem ser retiradas do modelo final desenvolvido nesse estudo, enquanto as mais importantes não abordadas puderam ser sugeridas. Isso possibilita focar-se apenas nas

variáveis tidas como mais relevantes. Esse tipo de resultado em que se busca a redução de variáveis é válido e já foi utilizado em outros estudos que se apoiaram no método Delphi (e.g. VERHAGEN *et al.*, 1998).

5.3.3 A escolha das variáveis do estudo conforme a opinião de especialistas

Com os dados e informações coletados frente os especialistas, o passo seguinte foi selecionar quais os indicadores foram considerados como os mais importantes para a avaliação de desempenho e eficiência dos hospitais filantrópicos, segunda a opinião dos especialistas. Para tal, identificaram-se os indicadores considerados relevantes conforme a pontuação (de um a cinco, conforme grau de importância) indicada por cada especialista respondente.

Nessa etapa, consideraram-se os indicadores relevantes para o modelo aqueles que os especialistas julgaram como maior grau de importância. Para isso, selecionaram-se os indicadores que a maioria dos especialistas (sendo, portanto, pelo menos, oito dos catorze respondentes) classificou com nível de importância quatro ou cinco. Das 32 variáveis²⁶ propostas na forma de indicadores no instrumento de pesquisa, 24 foram consideradas a partir dessa análise.

A etapa seguinte consistiu em avaliar quais das 24 variáveis restantes tinham também uma relevância para todos os entrevistados. Ou seja, aqueles indicadores que tiveram médias menores (e, conseqüentemente, variâncias) foram descartados. Isso porque se tratavam de indicadores que alguns especialistas os consideraram muito importantes ao mesmo tempo em que outros os consideraram pouco importantes. Assim sendo, os dois indicadores que apresentaram essa divergência também foram retirados do modelo.

A partir desses 22 indicadores, a métrica referente ao indicador 5.4 foi excluída por representar o mesmo conceito do indicador 4.5. Assim, somente os 21 indicadores considerados válidos simultaneamente pelas duas fases e que tiveram seus indicadores iguais excluídos foram relevantes para o modelo de avaliação de desempenho dos hospitais filantrópicos.

Por fim, o último passo para a validação dos indicadores importantes para a avaliação de desempenho e eficiência de hospitais filantrópicos, consistiu em identificar indicadores e temas a serem considerados relevantes pelos comentários e contribuições dos especialistas.

²⁶ Considerando que dessas 32, duas representavam a mesma métrica (indicadores 4.5 e 5.4).

Nesse sentido, idéias e temas relevantes para a avaliação de hospitais filantrópicos no Brasil foram apresentados pelos especialistas e, quando possível, o respectivo indicador para representar essa idéia foi também apresentado pelo especialista. Diante disso, separaram-se as temáticas apresentadas pelos especialistas, categorizando-as dentro de perspectivas de avaliação, e buscaram-se indicadores (propostos, na maioria das vezes, pelos próprios especialistas) capazes de representar essas idéias adicionais dos especialistas.

Como essa etapa da pesquisa se trata de uma indicação que o respondente teria que apresentar pronta para resposta no momento da abordagem, é esperado que nem todos eles respondam no momento todas as idéias que pudessem ter. Além do mais, houve três respondentes que não acrescentaram idéias nesse ponto da pesquisa, apenas teceram comentários sobre os indicadores já propostos. Por isso, consideraram-se relevantes as temáticas apresentadas como recorrentes por, pelo menos, três especialistas. Diante desses temas identificados como relevantes, elaboraram-se indicadores (quando eles já não tivessem sido oferecidos) que pudessem representar as intenções de indicadores relevantes dos especialistas. Nessa etapa da pesquisa, quatro indicadores adicionais foram acrescentados ao modelo final, dentro de suas respectivas perspectivas de avaliação, resultando em um modelo final constituído por 25 variáveis²⁷.

Assim, com a definição dos indicadores (variáveis) que constituiriam o modelo final, a fase seguinte foi preparar um novo instrumento de pesquisa para a abordagem de campo a ser realizada diretamente com os hospitais filantrópicos. A partir disso, foi possível elaborar um instrumento de pesquisa validado para realizar a avaliação de desempenho e eficiência entre os hospitais filantrópicos da amostra.

5.4 Elaboração do modelo de avaliação de desempenho e eficiência para hospitais filantrópicos

Com as variáveis a serem utilizadas para a avaliação de eficiência dos hospitais filantrópicos definidas, o passo seguinte consistiu em estabelecer a abordagem a ser aplicada aos hospitais filantrópicos participantes da amostra. Por isso, foi requerido que se elaborasse

²⁷ O detalhamento dessas variáveis e do modelo final pode ser encontrado na seção de resultados desse trabalho.

tanto um novo instrumento de pesquisa²⁸ quanto se escolhesse uma abordagem metodológica adequada para tratar os dados levantados.

5.4.1 Tipo de pesquisa avaliatória realizada

Assim, o primeiro ponto importante a se deixar claro qual o tipo de pesquisa de avaliação de organizações de saúde a ser realizada. De acordo com Novaes (2000), podem haver três tipos de pesquisas de avaliações de organizações de saúde, cada uma delas com seus objetivos específicos. Para a autora, uma avaliação deste tipo pode servir para: (1) uma investigação aleatória (ou pesquisa de avaliação), realizada geralmente por uma instituição acadêmica; (2) para tomada de decisão, servindo de base de informações para o corpo diretivo de uma organização de saúde que representa sua tomada de decisão; (3) para o gerenciamento da organização de saúde, servindo de controle embasado nas variáveis analisadas. Uma síntese dos três tipos de avaliações que Novaes (2000) afirma existir pode ser encontrada no Quadro a seguir:

Quadro 8 – Caracterização de tipos de avaliação segundo critérios selecionados por Novaes (2000)

Crítérios	Investigação avaliatória	Avaliação para decisão	Avaliação para gestão
Objetivo	Conhecimento	Tomada de decisão	Aprimoramentos
Posição do avaliador	Externo (interno)	Interno / externo	Interno / externo
Enfoque priorizado	Impactos	Caracterização / compreensão	Caracterização / quantificação
Metodologia dominante	Quantitativo (qualitativo) experimental / quasi-experimental	Qualitativo e quantitativo situacional	Quantitativo e qualitativo situacional
Contexto	Controlado	Natural	Natural
Utilização da informação	Demonstração	Informação	Instrumentos para gestão
Juízo formulado em relação à temporalidade	Hipóteses Pontual / replicado	Recomendações Corrente / pontual	Normas Integrado / contínuo

FONTE: Adaptado de NOVAES, 2000, p. 549.

Nesse Quadro foi destacado o tipo de avaliação a qual o presente estudo vai focar-se (**investigação avaliatória**). Entende-se que a avaliação a ser realizada tem caráter acadêmico e não gerencial e, tão pouco, para tomada de decisões das organizações abordadas. A avaliação realizada é feita por uma pessoa externa, sem intuito primário de auxiliar o gerenciamento dessas organizações, mas sim de gerar conhecimentos sobre a avaliação de

²⁸ Vide Apêndice II dessa pesquisa para uma cópia do roteiro utilizado para abordagem dos hospitais filantrópicos participantes da amostra.

desempenho dessas organizações. Os resultados têm caráter experimental e servem como formulação de hipóteses. Apesar de que isso não extingue o uso dos resultados encontrados nesta pesquisa como instrumento para o uso posterior dessas organizações, pelo contrário, essa aplicação é encorajada. Entretanto, entende-se que a presente pesquisa tem essa natureza e como um primeiro estágio do desenvolvimento de novos conhecimentos, deve ter suas limitações e recomendações futuras claramente apresentadas.

5.4.2 Elaboração do instrumento de pesquisa respondido pelos hospitais filantrópicos

Para a abordagem com os hospitais filantrópicos, um novo instrumento de pesquisa foi elaborado. Para isso, algumas considerações devem ser feitas antes de seu desenvolvimento. Considerando que o presente estudo é uma investigação avaliativa, cabe então escolher qual a melhor maneira de coletar os dados necessários para a presente pesquisa. Segundo Donabedian (2003), a mensuração da qualidade e do desempenho de uma organização hospitalar pode ser realizada por relatórios médicos, *surveys* (questionários), relatórios financeiros, relatórios estatísticos, observação direta e situações de teste. Dado que a presente pesquisa envolveu uma amostra que impossibilita a observação e o teste de situações em cada uma das organizações, escolheu-se um instrumento capaz de abranger toda a amostra. Por isso, optou-se por utilizar os **questionários** como instrumento de pesquisa do presente estudo.

Os questionários elaborados por pesquisadores podem ser respondidos por diversos informantes, sendo eles os pacientes e seus familiares, os profissionais (praticantes) do serviço médico, ou algum tipo de população (selecionados por características socioeconômicas, por local de origem, etc.). Complementarmente, podem existir ainda outros informantes viáveis, como uma auditoria externa, algum *stakeholder*, dentre outros. O importante é estar atento que a avaliação de desempenho de uma organização de saúde pode ser feita sob diversos enfoques, sendo que a escolha do enfoque ideal depende do propósito da pesquisa. Por exemplo, Ybañez *et al.* (2006) realizou uma avaliação da atenção básica de saúde sob a perspectiva dos usuários e dos profissionais de saúde a fim de estabelecer um quadro comparativo da duas percepções.

No presente estudo, as informações para a avaliação de desempenho serão coletadas por **contato com o próprio gestor das organizações de saúde**. Isso porque quando o propósito da pesquisa é monitorar como está a qualidade do serviço prestado, é importante que o profissional que trabalha na organização de saúde explique-se e que ele forneça informações que na sua posição ele é capaz de oferecer, como as condições de trabalho, de

uso de materiais ou da organização como um todo (DONABEDIAN, 2003). No mais, o foco da avaliação de desempenho aqui proposta é uma avaliação global, que envolve diversas dimensões de análise, sendo assim, o que reitera que o gestor da organização de saúde é o informante mais adequado para responder questões relativas ao contexto global da organização. Ainda, a escolha desse tipo de informante é relevante porque a alta gerência (no caso, das organizações de saúde) é a responsável pelos modelos de avaliação das organizações e sistemas de mensuração de desempenho vigentes nas organizações de saúde. O que se reforça porque é para o uso dos executivos das organizações de saúde que as ferramentas de avaliação de desempenho são elaboradas (MARCHAND; RAYMOND, 2008). Embasado nesses elementos, justificou-se o porquê da escolha desses informantes e o porquê deles serem bons informantes para a pesquisa empírica.

Definidos o tipo de instrumento de pesquisa e o tipo de informante a ser utilizado na pesquisa, o passo seguinte foi elaborá-lo operacionalmente. Assim sendo, a partir do resultado obtido com a validação das variáveis, a serem utilizadas no modelo final, os indicadores tidos como mais importantes foram desconstruídos, de forma que cada informação contida no indicador pudesse ser levantada separadamente. Com isso, estabeleceu-se um **instrumento que solicitou 51 dados** para os hospitais filantrópicos participantes da pesquisa.

5.4.3 Validação do instrumento de pesquisa: pré-teste

Antes de enviar o questionário para os participantes da pesquisa, é importante que se realiza um pré-teste nesse instrumento de pesquisa. O pré-teste do questionário em pesquisas é a única maneira de avaliar antecipadamente problemas que o instrumento de pesquisa pode ter perante entrevistados e respondentes (PRESSER *et al.*, 2004), além de ser uma forma de assegurar maior probabilidade de retornos dos questionários com adequação às propostas do estudo (FORSYTH *et al.*, 2004). Nessa direção, Gil (2006, p. 137) afirma que o pré-teste pode auxiliar o pesquisador a “evidenciar possíveis falhas na redação do questionário, tais como: complexidade das questões, imprecisão da redação, desnecessidade das questões, constrangimento ao informante, exaustão etc”.

Por isso, depois de definidos os indicadores a serem considerados no modelo final, a etapa seguinte consistiu em **testar o instrumento de pesquisa** elaborado. Por isso, entendeu ser importante que se teste o questionário com um participante potencial da amostra final previamente ao seu envio para todas os hospitais filantrópicos do estudo para prever problemas no processo de respostas não previstos, a priori, pelo pesquisador. O intuito desse

teste foi identificar previamente problemas no instrumento de pesquisa que pudessem invalidar as respostas obtidas posteriormente e garantir que o entendimento do respondente era aquele pretendido pelo pesquisador, já que é fundamental que existam respostas coletadas da mesma forma pelos hospitais participantes. É essencial que exista a mesma metodologia para coleta de dados dos hospitais participantes da pesquisa.

No mais, Almeida e Botelho (2009) defendem que os questionários devem ser elaborados com aplicabilidade ao perfil e contexto de seus respondentes, seja em sua forma escrita ou extensão. “Os questionários devem ser adaptados aos entrevistados, em termos de linguagem compreensível e nível intelectual adequado. Deve-se levar em conta, além do tópico e do perfil do respondente, o ambiente das entrevistas e a extensão do questionário” (ALMEIDA; BOTELHO, 2009, p. 91). Isso requereu que o instrumento de pesquisa fosse pré-testado em um ambiente semelhante àquele que ele será efetivamente aplicado para analisar eventuais problemas que ele pudesse ter no que se refere também às nomenclaturas e extensão.

Dessa forma, uma versão prévia à final do questionário foi enviada para três grupos de testadores, tal como Forza (2002) defende ser o ideal: o primeiro grupo é o de colegas (em especial, acadêmicos), que podem ajudar a verificar se o questionário é capaz de atingir os objetivos da pesquisa; o segundo grupo é de especialistas da área de negócios específica (no caso, de especialistas em gestão hospitalar e gerenciamento de indicadores de desempenho de hospitais filantrópicos), que podem oferecer críticas sobre o questionário e suporte para evitar questões óbvias, ajustar termos e evitar desconhecimento técnico e específico do pesquisador sobre algum tema ou item do questionário; o terceiro grupo é o de potenciais respondentes, que podem oferecer feedbacks sobre qualquer problema envolvendo o processo de resposta do questionário, quanto da semântica do instrumento de pesquisa.

Assim, enviou-se a versão prévia do questionário para dois acadêmicos que fizeram suas considerações sobre as perguntas do questionário como instrumento para coleta de dados direcionados a atingir o objetivo proposto pela pesquisa. Enviou-se também, o questionário para dois especialistas sobre o assunto (que também participaram da fase anterior da pesquisa) que teceram suas opiniões críticas, principalmente sobre a formatação, as nomenclaturas empregadas e a compreensibilidade técnica do questionário.

Por fim, enviou-se a versão prévia do questionário para o gestor de um hospital filantrópico para que problemas provenientes de ambigüidades na compreensão dos dados do questionário, incompreensão de alguma pergunta e dúvidas referentes aos dados solicitados fossem previstos antes de enviar o questionário para a amostra final. Como isso, pretendeu-se

dar maior robustez e clareza para o instrumento de pesquisa final enviado à amostra, além de prevenir problemas de coleta de dados não previstos pelo pesquisador. Lembrando que essa parte do teste do questionário foi realizado somente com uma organização de saúde para não desgastar os contatos com os hospitais da amostra, o que poderia prejudicar a coleta de dados posteriores da pesquisa.

5.4.4 Envio do questionário para a amostra participante

As iniciativas para a abordagem dessas organizações de saúde podem ser divididas em três fases. Na primeira, buscou-se uma aproximação dos hospitais filantrópicos com o auxílio do superintendente executivo da ProSaúde²⁹, que elaborou um ofício de apresentação e suporte à pesquisa e intermediou o envio de questionários para os 26 hospitais gerenciados pelo grupo.

Num segundo momento, solicitou-se ajuda da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB) para difusão dos questionários aos hospitais filantrópicos. Para tal, desenvolveu-se juntamente com o presidente da CMB (Antonio Brito) uma carta de apresentação da pesquisa a ser enviada para todos os hospitais associados do CMB. A partir dessa carta de apresentação, juntamente com uma cópia eletrônica do questionário a ser respondido, a CMB enviou uma solicitação de participação de pesquisa via e-mail para as 16 Federações Estaduais abaixo dela, que por sua vez, repassaram essa solicitação de pesquisa para seus associados regionais. Assim, o escopo da população abordada na pesquisa contou com 1.152 organizações de saúde, divididas entre hospitais filantrópicos e Santas Casas.

Buscando ampliar ainda mais o universo amostral, numa terceira etapa, enviaram-se cartas via correio tradicional, contendo uma carta de apresentação do presidente da Confederação Brasileira de Administradores Hospitalares, uma cópia do questionário e uma carta-resposta para se poder receber retornos. Nesse momento, enviaram-se cartas para hospitais filantrópicos presentes no cadastro de Cherubin *et al.* (1990), que totalizaram 1.667 hospitais³⁰. Para incentivar a taxa de respostas, enviou-se também como brinde um livro

²⁹ “A Pró-Saúde administra e assessora hospitais e presta consultoria a instituições da área de saúde, com implantação de modernos métodos de gerenciamento e novos modelos de atuação” (PROSAÚDE, 2010). Sob esse conceito, a ProSaúde gerenciava 26 hospitais no momento da pesquisa.

³⁰ A diferença entre a quantidade aqui enviada com a quantidade anteriormente apresentada no item 4.2 em relação ao total de hospitais filantrópicos no Brasil pode ser justificada por dois motivos: primeiro porque os dados coletados pelo DATASUS são de 2010, enquanto os da lista utilizada foram embasados numa lista

referente à Administração Hospitalar para outros 63 hospitais que já haviam participado de pesquisas prévias conduzidas pelo presidente da Confederação Brasileira de Administradores Hospitalares. A intenção foi em todas as três etapas obter apoio de pontos focais para que a taxa de respondentes fosse maior que se enviado o questionário diretamente a uma amostra previamente selecionada.

Em nenhum dos casos solicitou-se que os hospitais respondentes se identificassem. Essa decisão se deu por dois motivos: primeiramente para que os respondentes pudessem se sentir à vontade para transmitir os dados solicitados; segundo porque a identificação do hospital podia dar a entender que a pesquisa pudesse ter um viés comercial e não acadêmico na opinião dos respondentes. A única identificação que se solicitou foi o Estado de origem da organização de saúde respondente.

Dessa população, 83 responderam o questionário, dos quais 70 foram considerados válidos e 13 foram descartados devido à insuficiência dos dados coletados (campos do questionário deixados em branco) ou por se demonstrarem como *outliers*. Obteve-se assim um grau de aproveitamento de 84,3% dos questionários respondidos. Isso implica que a pesquisa contou com 5,45% de hospitais da população total de hospitais filantrópicos no Brasil.

5.4.5 Tratamento sobre os dados levantados

Indicadores de desempenho por si só em não são construídos sob racionalidades econômicas e tão pouco costumam ser capazes de trazer resultados econômicos propriamente ditos às organizações, servindo mais para o gerenciamento das atividades das organizações de saúde (MARINHO, 2001b). Isso passou a ser uma limitação para a busca de mensuração de eficiência, que segundo Cook e Seiford (2009), é um assunto de intenso interesse aos acadêmicos que tentam sempre buscar formas de melhorar a produtividade das organizações. Por isso, para uma avaliação de desempenho, o ideal é que os indicadores de desempenho possam estar incluídos num sistema de mensuração de desempenho capaz de compreender a eficiência das organizações. Para o caso dos hospitais, Marinho (2001b) diz haver basicamente duas linhas de pesquisa sobre o assunto. A primeira é a mais tradicional no campo das Ciências Econômicas que lida com as fronteiras paramétricas estocásticas, em que se parte de uma função de produção já estabelecida com a especificação de um erro estocástico de distribuição específica. A segunda é a das fronteiras não-estocásticas, em que as

levantada em 1990 (20 anos de diferença); segundo porque a lista utilizada continha alguns endereços repetidos e / ou incompletos.

fronteiras de eficiência são obtidas por problemas de programação matemática, com destaque para a Análise Envoltória de Dados.

O DEA (*Data Envelopment Analysis*, da tradução Análise Envoltória de Dados) é uma ferramenta matemática que se originou da publicação de Charnes *et al.* (1978) como forma de calcular a eficiência de DMUs (*Decision Making Units*, traduzido para Unidades Tomadoras de Decisões) dados seus *inputs* e seus *outputs* (SEIFORD, 1996). A justificativa de se colocar os hospitais filantrópicos como semelhantes e passíveis de serem considerados DMUs comparáveis se deu porque são organizações como o mesmo objetivo de atendimento aos pacientes sob os preceitos da filantropia. A Figura a seguir representa graficamente uma organização hospitalar, tal como preconizado por Marinho e Façanha (2001), no caso dos hospitais universitários, mas que também é aplicável também aos hospitais filantrópicos. Evidencia-se e como a atuação do modelo do desempenho de um hospital DEA pode ser aplicável nesse caso:

Figura 14 – A organização hospitalar e o DEA

FONTE: Adaptado de Marinho e Façanha, 2001, p. 3.

Diante dessa percepção do funcionamento operacional de um hospital e de como a Análise Envoltória de Dados pode incrementar o entendimento desse funcionamento, percebe-se que se tem uma relação entre *inputs*, processo e *outputs*, tal como preconizava Buckmaster (1999). Assim sendo, o objetivo da modelagem da Análise Envoltória de Dados é incluir no cálculo da eficiência *inputs* e *outputs* múltiplos das unidades tomadoras de decisões, de maneira que uma fronteira eficiência de *best practice* pudesse ser identificada (COOK; SEIFORD, 2009). Nesse caso, um exemplo hipotético de fronteira de eficiência linear (com retornos constantes de escala) pode ser entendido conforme a Figura a seguir:

Figura 15 – Análise DEA para um conjunto de empresas

FONTE: KASSAI, 2002, p. 72.

Para Kassai (2002), a fronteira de eficiência demonstrada na Figura pode ser explicada da seguinte maneira:

Os pontos na figura são os planos de produção realizados pelas empresas em análise. A curva de produção reúne as empresas cujo plano de produção foi superado por nenhuma outra, considerando os pesos (preços) determinados pela resolução do problema de Programação Linear para suas quantidades de insumos e produtos. É a chama **Fronteira de Eficiência**. Ressalte-se que é a fronteira revelada pelo conjunto de produção considerado. Qualquer empresa que seja incluída ou excluída da análise modifica o conjunto de produção e, portanto, a fronteira (KASSAI, 2002, p. 72).

Portanto, a Análise Envoltória de Dados é utilizada também para se comparar unidades organizacionais homogêneas sob mesmo controle, o que inclui a comparação de hospitais (THANASSOULIS, 1993), e que pode se estender às Santas Casas, que são hospitais sob o mesmo conceito. “O padrão comparativo de eficiência de uma dada DMU é obtido pro intermédio da revelação do desempenho das outras DMUs sob análise, de maneira que a referência não é obtida teórica ou conceitualmente, mas através da observação da *best practice*” (MARINHO, 2001b, p. 4).

Ressalta-se aqui, portanto, que toda a análise de eficiência de uma hospital contido na amostra do presente estudo depende da eficiência existente em todo o conjunto da amostra do estudo. Ou seja, a eficiência de uma organização (no presente estudo, hospitais filantrópicos) é sempre relativa às demais organizações participantes do presente estudo.

De fato, o uso da Análise Envoltória de Dados para a verificação da eficiência em contextos das organizações de saúde, em particular, hospitais, é uma técnica que já explorada pelos estudiosos (e.g. BANKER *et al.*, 1986; BYRNES; VALDMANIS, 1994;

CHILINGERIAN, 1994; JACOBS, 2001; MARINHO, 2001b; MARINHO; FAÇANHA, 2001; PROITE; SOUSA, 2004; BUENO, 2007; LINS *et al.*, 2007). Não se trata de uma inovação para os estudos de organizações de saúde. O que se traz de novo é a multi-perspectiva inerente de modelos de avaliação de desempenho utilizando-se a Análise Envoltória de Dados para a verificação, especificamente, da eficiência dos hospitais filantrópicos. No mais, não estabelecem variáveis para o DEA a mero julgamento do pesquisador, mas sim por meio da validação do que é relevante em termos de desempenho para as organizações de saúde abordadas. Isso significa que a eficiência organizacional é considerada como produto do desempenho organizacional. Para se definir se uma DMU é eficiente, deve-se ter previamente ciência do que é relevante para seu desempenho porque a eficiência só é de fato efetiva quando ligada aos fatores capazes de gerar desempenho de valor.

Charnes *et al.* (1994) alegam haver diversas possibilidades de interpretações que acompanham os modelos de Análise Envoltória de Dados. Os autores apontam essas principais tipologias da seguinte forma:

- (1) Modelo CCR (1978): foca-se da avaliação de objetivos de eficiência generalizada; identifica a fontes e estima as quantidades das ineficiências encontradas;
- (2) Modelo BCC (1984): distingue as ineficiências de escala e técnicas estimando eficiência puramente técnica em dada escala de produção e identificando se existem retornos de escala positivos, negativos ou constantes para posterior exploração;
- (3) Modelos multiplicativos (1982): oferecem um envoltório log-linear e uma perspectiva da interpretação Cobb-Douglas³¹ do processo produtivo;
- (4) Modelo aditivo (1985): relaciona o DEA com os estudos prévios de Charnes e Cooper (1959)³² de análise de ineficiência e relaciona os resultados de eficiência com o conceito de otimização econômica de Pareto.

O presente estudo foca-se na escolha entre as duas primeiras tipologias apresentadas, ou seja, entre o modelo CCR (sigla para as iniciais dos seus autores desenvolvedores: Charnes, Cooper e Rhodes) e modelo BCC (sigla para as iniciais dos sobrenomes de seus

³¹ A função Cobb-Douglas é vastamente utilizada nas Ciências Econômicas, em especial, na Microeconomia, para representar a relação de um *output* aos diversos *inputs* de um sistema econômico. O modelo ficou mais conhecido por seu modelo de produção, em que $Y = L^\alpha + K^\beta$ (sendo L os inputs de trabalho e K os inputs de capital do modelo), na qual quando os retornos de escala são constantes, $\alpha + \beta$ são iguais a 1, quando menores que um os retornos de escala são negativos e quando maior que 1, os retornos são positivos.

³² CHARNES, A.; COOPER, W. W. Chance-Constrained Programming. **Management Science**, v. 6, n. 1, pp. 73-79, 1959.

autores desenvolvedores: Banker, Charnes e Cooper). O intuito é escolher o modelo que melhor possa identificar a eficiência das Santas Casas, dados os indicadores que servirão de inputs e outputs a serem utilizados pelo modelo.

5.4.5.1 O modelo CCR

O modelo CCR é também conhecido como CRS (*Constant Returns to Scale*), ou seja, como o modelo de retornos constantes de escala (COOK; SEIFORD, 2009). Charnes *et al.* (1978) definem esse modelo desenvolvido por eles como tendo o intuito de mensurar a eficiência de qualquer DMU por meio da maximização da taxa dos *outputs* ponderados pelos *inputs* ponderados sujeitos à condições que taxas similares para cada DMUs sejam menos ou igual à unidade. Demonstrando esse conceito numa representação matemáticas, tem-se a seguinte formalização:

$$\max h_0 = \frac{\sum_{r=1}^s u_r y_{r0}}{\sum_{i=1}^m v_i x_{i0}}$$

Sujeito à:

$$\frac{\sum_{r=1}^s u_r y_{rj}}{\sum_{i=1}^m v_i x_{ij}} \leq 1: \quad j = 1, \dots, n$$

$$u_r, v_i \geq 0; \quad r = 1, \dots, s; \quad i = 1, \dots, m$$

$$y = \text{outputs}; \quad x = \text{inputs}; \quad u, v = \text{ponderações}$$

Charnes *et al.* (1978) completam ainda dizendo que y_{rj} , x_{ij} (todos positivos) são tidos como *outputs* e *inputs* pelo jésimo DMU e u_r , $v_i \geq 0$ são as ponderações das variáveis a serem determinadas pela solução do problema. A eficiência de um membro da amostra (conjunto estudado) de $j = 1, \dots, n$ DMUs é calculada em relação aos demais membros do grupo. É, portanto, representado na função, para otimização, tal como para as restrições, e

posteriormente distinguido por designar a notação “0” na função (porém, preservando o subscrito original em suas restrições). A maximização indicada então relaciona a DMU a ponderação mais favorável que suas restrições permitem.

Os autores alegam ainda que para os DMUs que interessam, esses valores de x_{ij} e y_{rj} , que são constantes, geralmente são observações de decisões passadas (*inputs*) e os respectivos *outputs* que foram gerados deles. Pode-se ainda, se possível e se relevante, substituir algumas ou todas dessas observações por valores determinados teoricamente para se conduzir uma avaliação de eficiência nesse sentido.

Depois de compreendidas as relações entre os *inputs* e os *outputs*, é importante entender também as formulações para maximização de eficiência. Para tal, segue-se a formulação explicitada por Kassai (2002) que pode apresentar os conceitos de Charnes *et al.* (1978):

$$\max e_k = \sum_{r=1}^s u_r y_{rk},$$

Sujeito à:

$$\sum_{r=1}^m u_r y_{rj} - \sum_{i=1}^n v_i x_{ij} \leq 0$$

$$\sum_{i=1}^n v_i x_{ik} = 1$$

$$u_r, v_i \geq 0$$

$y = \text{outputs}; \quad x = \text{inputs}; \quad u, v = \text{ponderações}$

$r = 1, \dots, m; \quad i = 1, \dots, n; \quad j = 1, \dots, N$

O modelo pretende também minimizar o uso de *inputs* para se chegar a determinado resultado. Nesse sentido, Kassai (2002) apresenta a seguinte formulação:

$$\min e_k = \sum_{i=1}^n v_i x_{ik},$$

Sujeito à:

$$\sum_{r=1}^m u_r y_{rj} - \sum_{i=1}^n v_i x_{ij} \leq 0$$

$$\sum_{r=1}^m u_r y_{rk} = 1$$

$$u_r, v_i \geq 0$$

$y = \text{outputs}; \quad x = \text{inputs}; \quad u, v = \text{ponderações}$

$r = 1, \dots, m; \quad i = 1, \dots, n; \quad j = 1, \dots, N$

5.4.5.2 Modelo BCC

A grande diferença entre o modelo CCR e o modelo BCC é que o segundo considera retornos variáveis de escala na relação entre insumo e produção. O modelo BCC é também conhecido como modelo VRS (*Variable Returns to Scale*), que numa tradução livre significa retornos variáveis de escala (COOK; SEIFORD, 2009). Nesse modelo, obriga-se que a fronteira de eficiência seja convexa, permitindo que as DMUs com baixos *inputs* tenham retornos crescentes de escala e aquelas com altos *inputs* tenham retornos decrescentes de escala. Sobre essa convexidade, Belloni (1999) ainda compara esses dois modelos de DEA e alega que o indicador de eficiência do BCC é menor ou igual ao indicador de eficiência do modelo CCR. Com isso, permite-se que a eficiência máxima do modelo varie conforme o volume de atendimento de um hospital.

Diante disso, Kassai (2002) apresenta formulações matemáticas que representam as conceituações do BCC, tal como descrito a seguir:

$$\max \sum_{r=1}^m u_r y_{rk} - u_k,$$

Sujeito à:

$$\sum_{i=1}^n v_i x_{ik} = 1$$

$$\sum_{r=1}^m u_r y_{rj} - \sum_{i=1}^n v_i x_{ij} - u_k \leq 0$$

$$u_r, v_i \geq 0$$

$$y = \text{outputs}; \quad x = \text{inputs}; \quad u, v = \text{ponderações}$$

$$r = 1, \dots, m; \quad i = 1, \dots, n; \quad j = 1, \dots, N$$

Percebe-se que ao modelo anterior do CCR, acrescentou-se a variável u_k que se refere aos retornos variáveis de escala. Kassai (2002) ressalta que essa variável não necessariamente atende à restrição de positividade, podendo assumir valores negativos também. A orientação aos *inputs* segue as formalizações matemáticas, conforme Kassai (2002) apresenta:

$$\min \sum_{i=1}^n v_i x_{ik} + v_k,$$

Sujeito à:

$$\sum_{r=1}^m u_r y_{rk} = 1$$

$$\sum_{r=1}^m u_r y_{rj} - \sum_{i=1}^n v_i x_{ij} - v_k \leq 0$$

$$u_r, v_i \geq 0$$

$$y = \text{outputs}; \quad x = \text{inputs}; \quad u, v = \text{ponderações}$$

$$r = 1, \dots, m; \quad i = 1, \dots, n; \quad j = 1, \dots, N$$

5.4.5.3 A separação de indicadores como *inputs* ou *outputs*

O passo seguinte é separar os indicadores levantados pela revisão teórica entre aqueles que representam *inputs* e aqueles que representam os *outputs* do modelo. Deve-se ter em mente que a escolha das variáveis de produção (*inputs*) não possa ocorrer de forma que uma não seja coletada ao custo de outra e de maneira que cada elemento participante (hospitais filantrópicos) tenha uma ponderação arbitrária (RETZLAFF-ROBERTS, 1996). Isso permite que se possam escolher casos que permitam o cálculo da fronteira de eficiência do grupo amostral.

A partir desses indicadores, definiram-se as variáveis a serem utilizadas para o processo de análise envoltória de dados. Isso porque para Soares de Melo *et al.* (2005, p. 2535), a seleção das variáveis de entrada (*inputs*) e saídas (*outputs*) para essa estratégia de pesquisa “deve ser feita a partir de uma ampla lista de possíveis variáveis ligadas ao modelo. Esta listagem permite-nos ter maior conhecimento sobre as unidades a serem avaliadas, explicando melhor suas diferenças”. Assim sendo, a escolha das variáveis do modelo baseou-se em alguns fatores: a disponibilidade de dados dos hospitais participantes obtidos por meio do instrumento de pesquisa, eliminando-se variáveis com a maioria das respostas faltantes e não adequadas, (omissão e erro); a existência de valores negativos ou nulos na resposta de algum respondente; a possibilidade de estabelecimento de variáveis capazes de oferecer um resultado efetivo com o uso do *software* SIAD 3.0³³.

5.4.5.4 O uso de *software* para os cálculos

O *software* utilizado para o cálculo dos *scores* e valores da análise envoltória de dados foi o SIAD 3.0 (ANGULO MEZA *et al.*, 2005). A escolha desse *software* se deu devido a se tratar de um programa capaz de calcular valores relativos ao DEA, principalmente com a quantidade de casos existentes no presente estudo (70), além de ser um *software* validado (*ibid*) que tinha livre acesso, sem custos para fins de pesquisa.

O *software* ainda permitia que se escolhesse entre o modelo CCR e o modelo BCC do DEA. Diante disso, pôde-se escolher o modelo BCC, considerando assim a existência de retornos variáveis, com efeito de escala, tal como proposto por estudos de eficiência como o de Proite e Sousa (2004). Essa escolha se justifica porque os autores identificaram em seu estudo com hospitais que “os retornos crescentes de escala predominam largamente neste tipo de setor, para todos os tamanhos de hospital. A grande maioria das entidades opera na parte decrescente das suas curvas de custo médio” (PROITE; SOUSA, 2004, p. 10).

O *software* também permitia a orientação do modelo ao *output*, ou seja, permitia se calcular uma situação na qual “se deseja maximizar os resultados sem diminuir os recursos” (SOARES DE MELLO *et al.*, 2005, p. 2536).

O programa continha também cálculos importantes para os objetivos da presente pesquisa, tal como o cálculo da fronteira padrão, invertida e composta (com eficiência normalizada). Esses valores são importantes porque a fronteira padrão do DEA contempla

³³ O SIAD (Sistema Integrado de Apoio à Decisão) é um *software* desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Análise Envoltória de Dados (DEA) e Multicritério da UFF (Universidade Federal Fluminense). Para maiores informações do grupo e para o *download* do programa: <http://www.uff.br/decisao> (Acesso em: 1 Abr. 2011).

diversas DMUs com valor 1 (máxima eficiência), o que oferece pouco poder discriminante. Assim, para contornar essa situação e promover maior facilidade de análise Leta *et al.* (2005, p. 238) alegam que:

A fronteira invertida é uma avaliação pessimista das DMUs. Para tanto é feita uma troca dos inputs com os outputs do modelo original. Esta fronteira invertida é composta pelas DMUs com as piores práticas gerenciais (e pode ser chamada de fronteira ineficiente). Pode-se igualmente afirmar que as DMUs pertencentes à fronteira invertida têm as melhores práticas sob uma óptica oposta. Para ordenar as DMUs é, então, calculado um índice de eficiência agregado, que é a média aritmética entre a eficiência em relação à fronteira original e a ineficiência (1 menos eficiência) em relação à fronteira invertida. Este índice pode ser apresentado de forma normalizado, para o que basta dividir todos os valores pelo maior índice calculado (LETA *et al.*, 2005, p. 238).

5.5 Limitações do presente estudo

5.5.1 Limitações da amostra

Entende-se ainda que a amostra envolve apenas instituições de saúde denominadas como filantrópicas. Isso limita a transposição do atual modelo e dos seus respectivos resultados para outras organizações de saúde.

Mais especificamente à amostra de hospitais filantrópicos participantes do presente estudo, tem-se que ter em mente que a análise de eficiência considera a eficiência de um hospital em relação aos demais participantes da amostra. Isso implica que qualquer mudança na amostra, seja na substituição de participantes, na adição de novos hospitais ou na exclusão de algum, implica na mudança da fronteira de eficiência da Análise Envoltória de Dados e, conseqüentemente, nos resultados obtidos para cada um dos elementos do grupo da amostra. Portanto, os hospitais filantrópicos eficientes são assim considerados dentro da amostra e não, necessariamente, dentro do contexto nacional ou contexto mundial.

5.5.2 Limitações dos procedimentos metodológicos

Os indicadores apresentados no presente estudo, dos quais se pretende obter os dados empiricamente, são representam todas as perspectivas existentes numa organização de saúde e, tão pouco, cada detalhe das operações e dos processos de uma organização desse tipo. O que é uma limitação dado que um modelo de avaliação de desempenho de organizações de

saúde deve abranger as complexidades e especificidades inerentes de suas atividades (PINK *et al.*, 2001).

No entanto, não é possível desenvolver um modelo capaz de abranger todas as minúcias de uma organização de saúde. Isso iria requerer uma quantidade de dados dessas organizações que dificilmente iria ser possível de se coletar seja por sua complexidade de coleta, seja pela quantidade de informações que poderiam ser solicitadas que trariam uma carga de trabalho ao respondente que poderia inviabilizar sua participação na pesquisa. Por isso, o modelo proposto não abrange todas as perspectivas possíveis para a avaliação de desempenho de uma organização de saúde, mas sim aquelas que se julgaram ser as principais, tal como denota ser preferível em estudos de avaliação de desempenho (NEELY *et al.*, 1995).

5.5.3 Limitações das coletas de dados

Deve-se estar atento que os dados a serem coletados referem-se aos relatórios médicos reportados e as informações fornecidas pelas próprias organizações de saúde, o que implica em resultados baseados em relatórios e não necessariamente no serviço de saúde prestado, tal como diferencia Campbell *et al.* (2007). Ou seja, as informações coletadas são fornecidas pelo próprio hospital, não sendo coletadas de forma imparcial por uma parte terceira. Isso poderia trazer riscos à integridade dos dados caso algum respondente pudesse ficar receoso de apontar problemas na organização que representa numa pesquisa sobre desempenho e comparação de desempenho.

5.5.4 Limitações do desenvolvimento teórico realizado

Por muitas vezes, algumas organizações de saúde conseguem dentro de seus recursos ser mais produtivas que outras. Diversos elementos podem explicar essa produtividade, num quadro em que determinado hospital consegue atingir resultados melhores que outro hospital que detém exatamente os mesmos recursos. Essa análise de produtividade, no presente modelo, ocorre não por meio das análises de indicadores de produtividade, mas sim, por meio do cálculo da fronteira de eficiência que relaciona os inputs e os outputs da forma mais eficiente possível. Por exemplo, numa análise de produtividade, uma organização de saúde eficiente é aquela que consegue ter menor número de médicos e funcionários por leito (BITTAR, 1996). No presente estudo, essa idéia de produtividade é resultado do modelo de Análise Envoltória de Dados e não necessariamente da análise direta dos indicadores.

Isso tudo leva a crer que a avaliação de desempenho aqui realizada está ligada à produtividade que os hospitais filantrópicos conseguem ter perante a amostra e não necessariamente ao quanto ela de fato consegue gerar. Tem-se uma análise em que se avalia como os hospitais filantrópicos utilizam seus insumos para gerar seus resultados frente aos demais participantes da amostra e não sua avaliação absoluta sobre seus indicadores de resultados.

5.6 Estruturação gráfica dos procedimentos de pesquisa

Figura 16 – Estrutura dos processos realizados na presente pesquisa

6 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS NO CAMPO

“Você nunca sabe que resultados virão da sua ação. Mas se você não fizer nada, não existirão resultados”

(Mahatma Gandhi)

A análise de resultados do presente estudo dividiu-se em duas abordagens de campo e, conseqüentemente, requer duas análises de resultados. A primeira refere-se à etapa de validação das variáveis a serem utilizadas no modelo final, na qual realizou uma abordagem de campo com especialistas em avaliação de desempenho de hospitais filantrópicos. A segunda fase foi a abordagem empírica feita diretamente com os hospitais filantrópicos, que sustenta os objetivos desse estudo propriamente dito. Portanto, é relevante que se apresente nesse capítulo os resultados obtidos com as duas abordagens de campo realizadas no decorrer da pesquisa.

6.1 Validação das variáveis utilizadas: Abordagem com especialistas

Tendo em vista que os indicadores a serem utilizados para a avaliação de desempenho e eficiências dos hospitais filantrópicos são nesse estudo considerados como variáveis do modelo a ser aplicado na fase posterior da pesquisa, devem-se validar esses indicadores para certificar que eles são adequados para uma avaliação a que se pretende realizar. Para tal, realizou-se uma pesquisa de campo com especialistas sobre avaliação de desempenho de hospitais filantrópicos. O intuito foi validar com eles qual seria o conjunto dos principais indicadores necessários para a avaliação de desempenho e eficiência dos hospitais filantrópicos.

Assim, esse processo de validação consistiu em três grandes etapas: (1) verificação de que os respondentes da pesquisa podem ser classificados como especialistas conforme suas experiências profissionais; (2) a partir de um levantamento bibliográfico dos indicadores considerados pelo pesquisador como os mais relevantes, realizou-se uma análise com os especialistas sobre quais deles seriam os mais importantes para uma avaliação de desempenho e eficiência para hospitais filantrópicos; (3) adição de novos indicadores, não antes propostos pela revisão teórica munida da percepção do pesquisador sobre os indicadores mais importantes, sobre fenômenos e temas de relevância para a avaliação de desempenho

6.1.1 Perfil dos especialistas

A primeira parte da abordagem aos especialistas consistiu em perguntar-lhes qual a experiências que eles tinham com a gestão hospitalar e com indicadores de desempenho, em especial, de hospitais filantrópicos. Trata-se de uma pergunta importante para garantir, antes de tudo, que os respondentes eram, de fato, especialistas no assunto e que tinham experiência acumulada que lhes permitissem responder às perguntas como especialistas no assunto.

O Quadro a seguir sintetiza as respostas obtidas com os 15 especialistas participantes da pesquisa. Vale lembrar que a identidade dos participantes foi mantida em sigilo já que essa informação não era relevante para os resultados da pesquisa e para que se pudesse manter o anonimato dos especialistas, o que é importante para resguardar suas opiniões no processo de respostas do instrumento de pesquisa.

Quadro 9 – Síntese da experiência profissional dos especialistas-respondentes

Especialista entrevistado	Síntese da experiência profissional
E1	Diretora de hospitais públicos por aproximadamente 10 anos e consultora em serviços de saúde há cerca de 20 anos.
E2	Assessora técnica de pesquisa e operações em serviços de saúde há 15 anos.
E3	Pesquisador sobre indicadores de desempenho para organizações de saúde há 7 anos. Dessa experiência, 2 anos foram dentro da área gerencial (que lida com indicadores) de um hospital.
E4	Trabalhou por 16 anos como gestor hospitalar, em especial, na área de Controladoria e Administração.
E5	Experiência de cerca de 10 anos, tendo sido nesse tempo diretora médica geral e diretora técnica de três hospitais.
E6	Diretora geral de um complexo hospitalar com 15 anos de experiência em gestão hospitalar, sendo 5 deles na gestão nacional do SUS/Ministério da Saúde.
E7	32 anos de experiência em gestão de saúde, sendo 15 deles como diretor geral de um complexo com 142 hospitais no Brasil. Atualmente atua como superintendente de uma gestora de hospitais.
E8	Trabalhou por 10 anos na Controladoria de grandes hospitais brasileiros. Atua há 3 anos com foco em elaboração e reformulação de relatórios gerenciais (que contêm indicadores).
E9	Experiência com gestão hospitalar há cerca de 30 anos. Já atuou como administrador de um dos maiores hospitais do Brasil e hoje é responsável pela administração de 3 grandes hospitais.
E10	Atua como gestor hospitalar, professor de Administração Hospitalar e é assessor técnico para serviços de saúde. Tem mais de 25 anos de experiência na área de gestão de hospitais.
E11	É diretor técnico de uma empresa de assistente. Tem 21 anos de experiência na área da saúde, tendo experiência como Secretário Municipal de Saúde e gestor de saúde em hospitais de grande e médio porte.
E12	Tem 32 anos de experiência em gestão hospitalar, com atuação e formação direta em Administração Hospitalar.
E13	Responsável pela gestão e operação de 23 hospitais sem fins lucrativos. Tem experiência na área há 18 anos, sendo 6 anos presidente de congressos anuais de Administração Hospitalar e 12 anos na atual empresa.

E14	Diretor de hospital de grande porte há 3 anos. Chefe do grupo de pesquisas nacional de seu país há 14 anos. Responsável pelo grupo de pesquisa sobre bioestatística há 12 anos. Chefe de investigações da escola nacional de saúde pública de seu país por 10 anos. Assessor do diretor de um instituto nacional por 4 anos.
E15	Experiência em gestão e consultoria de hospitais e hemocentros há aproximadamente 20 anos.

Dessa forma, pôde-se contar com um grupo de respondentes com experiência profissional em gestão hospitalar e em atividades de gerenciamento hospitalar que lidam com indicadores. Baseando-se nesses dados, todos os participantes apresentaram uma experiência profissional direcionada aos interesses da pesquisa e estavam aptos a participarem da pesquisa na condição de especialistas.

6.1.2 Resultado das opiniões dos especialistas

Depois de verificado que todos os especialistas tinham experiência profissional suficiente que os tornaram aptos a participarem como respondentes do estudo, o passo seguinte foi verificar a opinião de cada um deles sobre os indicadores (considerados como *proxy* das variáveis do modelo final) propostos no instrumento de pesquisa. Lembrando que para cada um desses indicadores, os especialistas estabeleceram suas opiniões sobre a percepção de tinham da importância de cada um dos indicadores, pontuando-os de um a cinco, conforme descrito no capítulo anterior.

O Quadro a seguir demonstra os *scores* percebidos por cada um dos especialistas, conforme os indicadores propostos³⁴.

³⁴ Os indicadores levantados na revisão bibliográfica representados numericamente nas colunas do Quadro podem ser identificados no Apêndice I, ao final do relatório escrito dessa tese.

Quadro 10 – Tabulação dos dados coletados com os especialistas

Entrevistado	1.			2.			3.			4.			5.			6.								
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	
E1	4	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	4	3	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	4
E2	5	3	3	3	5	3	4	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	3	
E3	4	5	4	3	3	4	4	4	4	4	3	5	5	3	3	5	4	5	4	3	5	5	5	
E4	5	1	4	1	3	1	1	4	4	1	2	1	1	5	4	5	5	1	4	2	2	4	4	
E6	5	5	5	4	5	5	5	4	5	4	4	3	5	5	5	5	5	5	3	4	3	2	5	
E7	5	5	5	4	4	3	3	3	4	4	3	2	3	4	4	4	3	4	3	2	3	4	4	
E8	5	4	5	5	3	3	3	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	5	5	
E9	5	5	5	5	3	5	2	2	5	5	5	5	5	5	5	3	3	2	2	3	3	5	5	
E10	5	5	5	5	5	4	3	3	5	3	2	3	4	5	5	5	3	5	3	3	4	5	5	
E11	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	4	5	4	5	3	5	
E12	4	3	4	4	2	2	3	3	4	3	3	2	2	3	3	4	2	2	3	3	3	2	4	
E13	5	3	4	5	3	3	5	5	5	4	4	3	5	5	4	2	5	5	1	5	4	2	5	
E14	5	3	3	4	4	3	3	3	3	2	2	2	3	5	4	3	4	3	2	2	2	2	3	
E15	5	4	5	5	4	4	3	5	3	5	5	4	5	5	5	5	4	5	3	3	4	4	5	
Média	4,8	3,8	4,3	3,9	3,7	3,4	3,4	3,7	4,3	4	3,6	3,9	3,7	4,1	4,6	4,1	4	4,6	3,9	3,6	3,7	3,6	4,4	
Qtde de respostas "1"	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	
Qtde de respostas "2"	0	0	0	1	1	1	1	2	0	1	2	1	3	1	0	2	0	1	3	5	3	1	4	
Qtde de respostas "3"	0	5	3	2	6	6	7	4	3	3	3	4	4	2	2	4	3	1	5	1	3	6	5	
Qtde de respostas "4"	3	3	4	4	3	3	2	4	4	5	3	4	3	4	2	2	5	2	4	3	4	3	1	
Qtde de respostas "5"	11	5	7	6	4	3	3	4	7	5	5	5	5	2	8	10	5	7	9	5	5	1	4	
Indicadores escolhidos por qtde de resp. 4 e 5	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✓	
Indicadores escolhidos pela média das respostas (> 3,6)	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✓	
Resultado final	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✓	
Critério de escolha das variáveis: por meio de uma análise qualitativa, aqueles que foram pontuados pela maioria dos especialistas como grau de importância 4 ou 5.																								
Validação das respostas: variáveis 4,5 e 5,4 representavam o mesmo indicador (apresentado de forma diferente). Essa variável serviu para validar os questionários. Por isso, o indicador 5,4 não faz parte do modelo final																								

Observando a tabulação dos dados acima, a primeira informação relevante a ser destacada é que a variável 5.4 foi excluída do quadro por representar o mesmo elemento de análise da variável 4.5, tal como descrito no item desse trabalho.

o especialista 5 (E5) foi eliminado da base de dados por se tratar de um caso em que não houve coerência nas duas respostas da pergunta de controle. Para o indicador 4.5, a respondente classificou o indicador como nível “3” de importância, enquanto o indicador 5.4, que era o mesmo indicador (ou pelo menos, um bastante semelhante), foi respondido como grau “5” de importância. Considerando ainda que as classificações dessa respondente variaram para todos os indicadores entre os valores “3” e “5”, pode-se dizer que a especialista considerou esses dois indicadores como extremos em seu grau pessoal de classificação. Isso foi considerado como uma resposta incoerente e, por isso, esse respondente foi retirado da base de dados.

O passo seguinte foi apontar quais dos indicadores foram classificados pela maioria dos especialistas (oito, portanto, já que o total de respondentes válidos é 14) com alto grau de importância (estipulados graus de importância “4” e “5”) dos demais. Nesse processo, dos 32 indicadores apresentados aos especialistas (incluindo aquele apresentado em repetição), 21 foram considerados na pesquisa como relevantes nessa fase.

A segunda análise feita foi avaliar qualitativamente a média de cada variável / indicador. Dessa forma, buscaram-se identificar os indicadores que tinham médias aritméticas baixas para retirar do modelo indicadores que não fossem amplamente aceitos pelos especialistas.

6.1.3 Temas e variáveis adicionadas pelos especialistas

Depois de levantados os indicadores considerados relevantes pelo pesquisador, a partir da revisão de literatura sobre o tema, dos quais alguns deles foram validados pelos especialistas sobre o assunto, e outros foram descartados, o passo seguinte foi acrescentar indicadores considerados importantes pelos especialistas, mas que não foram abordados nessa proposição feita pelo pesquisador. Para captar esses novos indicadores, consideraram-se temas de relevância para a avaliação de hospitais filantrópicos e os respectivos indicadores (quando possíveis) capazes de expressar essa necessidade apresentada por cada um dos especialistas.

O Quadro a seguir sintetiza os temas que cada um dos 15 especialistas (inclusive com a resposta da especialista 5 – E5 – que teve suas respostas excluídas das análises) julgou ser relevante para uma avaliação de desempenho para hospitais filantrópicos no Brasil e, quando possível, indicadores sobre esses temas foram propostos.

Quadro 11 – Sumarização das recomendações adicionais sugeridas pelos especialistas

Especialista entrevistado	Sumarização das recomendação de novos indicadores e temas a serem abordados na avaliação de hospitais filantrópicos
E1	Apresentou apenas opiniões sobre os indicadores já apresentados.
E2	Primeiras consultas (taxa de primeiras consultas); continuidade do atendimento.
E3	Indicadores de custos (margem de contribuição).
E4	Indicadores de giro operacional (Ativo Operacional / Passivo Operacional); indicadores de leitos destinados à UTI (leitos de UTI / leitos totais).
E5	Satisfação dos empregados; atendimentos realizados; absenteísmo (absenteísmo / atendimentos realizados; absenteísmo / total de funcionários); atendimento via convênios (atendimento por convênios / total de atendimentos realizados).
E6	Liquidez (tempo médio de faturamento); composição das despesas; taxa de participação na oferta de leitos no Sistema Local de Saúde
E7	Equipamentos (idade dos equipamentos e instalações); taxa de ocupação de salas cirúrgicas e equipamentos de alto custo; orçamento (nível de aderência ao orçamento); liquidez (Resultado Operacional / Despesa Operacional); estrutura de capital (rentabilidade do capital próprio); indicadores de custos (custos divididos por CID - Código Internacional de Doenças); vantagens da filantropia (valores monetários de favorecimento com a filantropia); acompanhamento do planejamento estratégico; acompanhamento mensal das metas de filantropia.
E8	Atendimento por filantropia (taxa de atendimento via SUS).
E9	Rotatividade de leitos (taxa de re-utilização de leitos); Re-utilização de materiais (taxa de re-utilização de materiais); taxa de retorno (taxa de re-internação pelo mesmo CID); satisfação e saúde dos funcionários (taxa de absenteísmo); cancelamentos (taxa de suspensão cirúrgica por motivos hospitalares).
E10	Apresentou apenas opiniões sobre os indicadores já apresentados.
E11	Lucratividade (EBITDA); indicadores de custos (margem de contribuição dos serviços oferecidos); treinamento (número de horas de treinamento da equipe médica; número de horas de treinamento dos gestores); clima organizacional.
E12	Apresentou apenas opiniões sobre os indicadores já apresentados.
E13	Treinamento (número de horas de treinamento da equipe técnica); benefícios obtidos com a filantropia; custos de filantropia (custo do leito SUS / custo do leito na rede pública).
E14	Salários dos funcionários (gastos com salários / gastos totais); medicamentos (gastos com medicamentos / gastos totais); retorno do paciente (re-ingresso por segundo diagnóstico / ingresso por segundo diagnóstico; re-intervenções cirúrgicas / total de pacientes operados); atendimentos de urgência (pacientes atendidos em urgência / total de pacientes atendidos); cuidados com anestésias (acidentes com anestesia / total de anestésias aplicadas); infecção hospitalar (pacientes com sepse / total de pacientes operados); capacidade de atendimento (cirurgias realizadas / cirurgias realizadas + lista de espera); transferências (urgências enviadas por transporte a outro hospital / total de urgências atendidas).
E15	Titulação do corpo clínico; infecção hospitalar (quantidade de eventos adversos / sentinelas); colaborador (grau de satisfação do colaborador)

A partir então das informações fornecidas pelos especialistas, apresentadas no Quadro 11, buscou-se captar quais as temáticas (e quais respectivos indicadores que pudessem

mensurar essa temática) poderiam ser acrescentadas ao modelo final de análise. Considerando que as temáticas acrescentadas seriam aquelas expostas por, pelo menos, três especialistas (mesmo que sob nomenclaturas de classificação diferentes), os assuntos adicionados ao modelo final foram:

1) **Análise de custos** para os hospitais filantrópicos: esse tema foi abordado por quatro especialistas (E3, E5, E6 e E10). A grande preocupação apresentada foi com a composição dos custos dos departamentos do hospital, de forma que um bom desempenho estaria atrelado à uma gestão de custos adequada, com maior margem de contribuição sobre as atividades do departamento. Houve inclusive a sugestão de se verificar essa margem de contribuição por CID (Código Internacional de Doenças) ao invés da análise departamental. No entanto, por se tratar de um indicador que deveria seguir os preceitos da avaliação de desempenho global e cujo objetivo era apontar uma característica da organização de saúde como um todo, buscou-se um indicador que pudesse oferecer a margem de contribuição de forma organizacional e não, departamental, ou por atividade. Dessa forma, seguindo a sugestão de um dos especialistas, optou-se por utilizar o seguinte indicador para o cálculo da margem de contribuição:

$$\frac{\text{Receita SUS + outros convênios}}{\text{Gastos variáveis - gastos com pessoal}}$$

2) **Liquidez financeira**: a idéia de liquidez para lidar com o fluxo operacional do hospital foi apresentado por três especialistas (E4, E5 e E6). A liquidez pode ser calculada pela relação entre as receitas operacionais e as despesas operacionais, tal como proposto no modelo inicial e a sugestão dos especialistas tinha um indicador bastante semelhante a esse já considerado no modelo final. No entanto, os especialistas consultados julgaram também ser necessário a agilidade do processo interno para avaliar a rapidez com a qual o hospital consegue receber por suas atividades. Por isso, o tempo médio de faturamento foi considerado como um indicador adicional para a avaliação.

$$\text{Tempo médio de faturamento (em dias)}$$

3) **Análise dos benefícios de filantropia**: compreender os ganhos que o hospital tem com a filantropia foi um assunto abordado por três especialistas (E7, E8 e E12). A idéia

apresentada é verificar se o hospital consegue fazer com que os ganhos obtidos por filantropia sejam recompensados e que compense mais ao hospital manter-se filantrópico a mudar sua natureza de atendimento para um hospital privado. Uma dessas formas seria realizar um estudo em que se compara todas as isenções e diferimentos que o hospital teve ao longo do ano com a possibilidade de ganhos que ele teria passando a atender de maneira privada (tendo dessa forma, menos atendimentos). No entanto, esses dados não seguiriam os preceitos de formulação de indicadores propostos no Capítulo 3 porque não são dados prontos e, por isso, demandariam custos para se obter esse indicador (seria necessário um estudo interno por parte do hospital), o que não é o foco da formulação de um indicador (McGLYNN; ASCH, 1998).

Por isso, uma forma mais palpável aos hospitais filantrópicos para avaliar seu nível de filantropia seria verificar a porcentagem de seu atendimento em relação ao SUS. Dessa forma, aquele hospital que proporcionalmente mais atendesse ao SUS, em teoria, seria aquele que mais está atendendo a demanda filantrópica. Por isso, definiu-se pelo indicador que apresenta a quantidade de atendimentos pelo SUS sobre a quantidade total de atendimentos do hospital no ano.

$$\frac{\text{Quantidade de atendimentos via SUS}}{\text{Quantidade total de atendimentos}}$$

4) **Retornos** e re-internações: a questão do retorno do paciente ao hospital é um indicador importante também, sendo ele citado por três especialistas (E2, E8 e E14). A idéia é que o retorno do paciente por um atendimento prévio que ele recebeu, pode sinalizar como foi o atendimento dele. Ou seja, se o paciente retorna ao hospital para uma mesma consulta realizada anteriormente, isso pode significar uma avaliação inicial inadequada ou piora nos sintomas apresentados anteriormente. Por isso, a taxa de retorno foi considerada como um indicador para avaliar o serviço prestado pelo hospital.

$$\frac{\text{Quantidade de retornos no hospital pelo mesmo CID}}{\text{Quantidade total de atendimentos}}$$

6.1.4 Modelo constituído pelas variáveis validadas

Considerando, portanto, as 21 variáveis confirmadas como relevantes para os especialistas consultados acrescentadas das quatro variáveis levantadas pelas opiniões adicionais dos entrevistados, chegou-se a um modelo de avaliação de desempenho para hospitais filantrópicos que abrange 25 variáveis. Separando essas variáveis conforme perspectivas propostas na revisão de literatura, tem-se o seguinte modelo exposto no Quadro a seguir:

Quadro 12 – Variáveis do modelo de avaliação de desempenho para hospitais filantrópicos

Perspectiva	Indicador
Perspectiva financeira	Viabilidade financeira a
	Viabilidade financeira b
	Eficiência operacional
	Liquidez financeira
	Margem de contribuição
	Tempo médio de faturamento
Perspectiva da qualidade	Quantidade de credenciações
	Grau de percepção da qualidade do serviço prestado
Perspectiva da acessibilidade	Atendimentos realizados - cirurgias
	Atendimentos realizados - internações
	Atendimentos realizados - exames
	Relação de atendimentos filantrópicos
Perspectiva dos processos internos	Tempo médio de espera
	Tempo médio de permanência
	Taxa de rotatividade - saídas
	Taxa de rotatividade - dias de internações
	Taxa de ocupação - pacientes dia
Perspectiva das capacidades	Taxa de retorno sobre o mesmo CID
	Capacidade de atendimento - quadro de funcionários
	Capacidade de infra-estrutura - leitos
	Investimento em tecnologia
Perspectiva de saúde e segurança	Retenção de pacientes
	Taxa de infecção hospitalar
	Score para descarte do lixo hospitalar
	Re-utilização de materiais hospitalares

A partir dessas variáveis que determinam os indicadores relevantes para a avaliação de desempenho para hospitais filantrópicos brasileiros, pode-se apontar então um modelo com seis diferentes perspectivas (apresentadas no Quadro), tal como preconizado pela revisão bibliográfica. Apesar de não haver um equilíbrio na quantidade de variáveis em cada uma das perspectivas, tem-se um modelo de 25 variáveis oriundas de seis perspectivas.

6.2 Resultados da abordagem empírica com os hospitais filantrópicos

A partir da abordagem junto com os 83 hospitais respondentes, algumas análises dessa amostra podem ser apresentadas. Entretanto, como os participantes da pesquisa são apenas os 70 hospitais com questionários válidos, os resultados a seguir são direcionados a essa segunda e mais restrita amostragem.

6.2.1 Caracterizações da amostra

Uma das primeiras considerações possíveis de serem feitas a partir dos dados é a distribuição geográfica dos 70 hospitais brasileiros participantes da pesquisa. A Tabela a seguir relaciona a quantidade de hospitais em relação ao Estado da federação ao qual eles pertencem.

Tabela 2 – Distribuição geográfica por Estado da amostra da pesquisa

Região	Estado	Qtde de hospitais participantes
Sul	Paraná	17
	Rio Grande do Sul	11
	Santa Catarina	3
Sudeste	Espírito Santo	5
	Minas Gerais	10
	Rio de Janeiro	2
	São Paulo	8
Nordeste	Alagoas	1
	Bahia	3
	Ceará	1
	Paraíba	1
Norte	Pará	6
	Tocantins	1
Centro-Oeste	Mato Grosso	1
TOTAL		70

É relevante apresentar diante dessa Tabela que por mais que hospitais de todo o Brasil tivessem sido solicitados a participarem da pesquisa, grande parte dos participantes são das regiões Sul (44,2%) e Sudeste (35,7%). Os valores demonstram que 56 hospitais de um total de 70 (80%) são das regiões Sul e Sudeste e apenas 14 (20%) são oriundos das demais regiões, sendo que no caso da região Centro-Oeste, por exemplo, obteve-se apenas uma resposta. Esses dados tendem a uma situação na qual existe uma cultura de participação com pesquisa muito maior nas regiões Sul e Sudeste, ou que, ao menos, hospitais dessa região

tenham se sentido mais à vontade em transmitir seus dados, seja pela disponibilidade de uma base de dados, por experiências prévias com pesquisas ou pela orientação dessas organizações em buscar iniciativas que promovam o conhecimento da área.

Outro elemento que se pôde extrair da amostra é o rendimento das organizações participantes da pesquisa, de forma que foi possível segregá-las conforme seus respectivos rendimentos anuais (referentes ao ano de 2009). Dessa forma, a Tabela a seguir demonstra essa divisão da amostra do estudo:

Tabela 3 – Segregação da amostra por rendimento anual (2009)

Rendimento em 2009	Qtde de hospitais
Nível 1: até R\$1 milhão	9
Nível 2: de R\$1 milhão a R\$3 milhões	15
Nível 3: de R\$3 milhões a R\$5 milhões	6
Nível 4: de R\$5 milhões a R\$10 milhões	10
Nível 5: de R\$10 milhões a R\$20 milhões	10
Nível 6: acima de R\$20 milhões	20
TOTAL	70

A partir desses dados pode-se notar que mais da metade dos hospitais respondentes teve um faturamento em 2009 maior que cinco milhões de reais (40 casos). Isso implica que a maior parte deles trabalha com orçamentos mensais de, no mínimo, mais de 400 mil reais, o que já se requer uma estrutura administrativa para se gerenciar esse valor.

Outra divisão relevante para hospitais está relacionada com a Terminologia Básica em Saúde definida pelo Ministério da Saúde (1985). Por essa terminologia, podem-se dividir os hospitais em quatro tipos, conforme seu porte, que é conceituado conforme de acordo com a quantidade de leitos do hospital. Dessa forma, o hospital de pequeno porte é aquele que tem até 50 leitos; o hospital de médio porte representa aqueles que têm entre 51 e 150 leitos; os hospitais de grande porte possuem entre 151 e 500; por fim, o hospital de porte especial é aquele que conta com mais de 500 leitos. Apesar de ser uma terminologia antiga do Ministério da Saúde, ainda assim é uma maneira de segregar os hospitais com base na sua capacidade de leitos e, conseqüentemente, de atendimento.

Tabela 4 – Segregação da amostra por quantidade de leitos

Qtde de leitos	Qtde de hospitais
Hospital de pequeno porte: até 50 leitos	25
Hospital de médio porte: de 51 a 150 leitos	32
Hospital de grande porte: de 151 a 500 leitos	12
Hospital de porte especial: acima de 500 leitos	1
TOTAL	70

O que se pode dizer com base na Tabela 4 apresentada é que, conforme a terminologia do Ministério da Saúde (1985), a maioria dos hospitais participantes da pesquisa (57 deles) é de pequeno e médio porte, enquanto 12 são de grande porte e apenas um é um hospital de porte especial. Isso significa, portanto, que a maior parte das análises está ligada aos hospitais de pequeno e médio porte.

É possível ainda dividir os hospitais da amostra conforme a quantidade de atendimentos que cada um teve no ano de 2009. A tabela a seguir demonstra como se deu a divisão da amostra conforme a quantidade de pessoas atendidas no referente ano.

Tabela 5 – Divisão da amostra de acordo com a quantidade de atendimentos em 2009

Total de atendimentos em 2009	Qtde de hospitais
Nível 1: até 20 mil atendimentos	17
Nível 2: de 20 mil a 50 mil atendimentos	11
Nível 3: de 50 mil a 100 mil atendimentos	14
Nível 4: de 100 mil a 500 mil atendimentos	20
Nível 5: mais de 500 mil atendimentos	8
TOTAL	70

Assim, com base nessa tabela, percebe-se que os hospitais estão distribuídos entre as cinco categorias aqui propostas. Entretanto, essas categorias podem variar, conforme outros julgamentos, deixando os casos diferentemente distribuídos. Portanto, o que se deve ter em mente é que mais da metade dos hospitais atenderam mais de 50 mil pacientes. Ou seja, eles atendem em média, pelo menos, 135 pessoas por dia, sendo que os maiores atendem mais de 1.500 pessoas por dia.

6.2.2 Análise envoltória de dados aplicada à amostra da pesquisa

O passo seguinte da pesquisa consistiu na aplicação da análise envoltória de dados (DEA) sobre os 70 hospitais da amostra a fim de verificar quais deles atuavam de forma mais eficiente, numa perspectiva de insumo e produto. Para essa análise, a primeira consideração relevante é determinar quais variáveis são *inputs* e *outputs*, para que se possa definir o que é um insumo e o que é um produto desses hospitais. O Quadro a seguir traz cada uma das variáveis identificadas como relevantes para uma análise de avaliação de desempenho e, a partir delas, quais seriam as variáveis utilizadas para a análise de eficiência das DMUs (hospitais da amostragem) e como essas variáveis se classificam para o DEA, ou seja, se elas

foram classificadas como *input* ou consideradas como *output*, conforme avaliação pessoal do pesquisador.

Quadro 13 – Indicadores do modelo de avaliação de desempenho e suas respectivas variáveis de eficiência como *inputs* e *outputs* do modelo

Indicador	Utilização do indicador no modelo de eficiência
Viabilidade financeira (a)	Utilizado a receita como <i>output</i> e os custos mais despesas como <i>input</i>
Viabilidade financeira (b)	Utilizado a receita total como <i>output</i> e a quantidade de pacientes atendidos como <i>input</i>
Eficiência operacional	Descartado porque muitos respondentes dos hospitais participantes não sabiam o conceito de receita e despesa operacional
Liquidez financeira	Descartado porque muitos hospitais alegaram não ter endividamentos, o que inviabiliza o indicador
Margem de contribuição	Descartado porque muitos hospitais não forneceram as receitas repassadas pelo SUS e convênios
Tempo médio de faturamento	Utilizado o tempo médio de faturamento em dias como <i>input</i>
Acreditações	Descartado porque a maioria dos hospitais alegou não ter nenhuma acreditação
Percepção da qualidade do serviço prestado	Descartado porque a maioria dos hospitais não informou a quantidade de <i>feedbacks</i> que tinham sobre os serviços prestados
Atendimentos realizados - cirurgias	Utilizada como <i>output</i> de atendimentos gerais
Atendimentos realizados - internações	Utilizada a quantidade de internações como <i>output</i>
Atendimentos realizados - exames	Utilizada como <i>output</i> de atendimentos gerais, dado que alguns hospitais não realizavam exames
Relação de atendimentos filantrópicos	Descartado porque alguns hospitais não forneceram o valor do repasse do SUS
Tempo médio de espera	Utilizado o tempo médio em minutos como <i>input</i>
Tempo médio de permanência	Descartado por grande quantidade de <i>outliers</i>
Taxa de rotatividade - saídas	Descartado por grande quantidade de <i>outliers</i>
Taxa de rotatividade - dias de internações	Descartado porque poucos hospitais forneceram a quantidade de dias de internações
Taxa de ocupação - pacientes dia	Descartado porque as informações referentes aos leitos-dia não foram compreendidas por alguns respondentes
Taxa de retorno sobre o mesmo CID	Não utilizado porque a maioria dos hospitais não forneceram o dado do retorno com o mesmo CID
Capacidade de atendimento - quadro de funcionários	Utilizada a quantidade de funcionários como <i>input</i>
Capacidade de infra-estrutura - leitos	Utilizada a quantidade de leitos como <i>input</i>
Investimento em tecnologia	Descartado porque alguns hospitais não ofereceram valores para investimentos em tecnologia
Retenção de pacientes	Não utilizado porque alguns hospitais não forneceram os dados
Taxa de infecção hospitalar	Descartado porque alguns hospitais não ofereceram a quantidade de eventos adversos ocorridos
Descarte do lixo hospitalar	Descartado porque alguns hospitais foram ambíguos em suas respostas
Re-utilização de materiais hospitalares	Descartado porque a maioria dos hospitais não tem esse controle e, conseqüentemente, não tem esses dados

Pelo Quadro apresentado percebe-se que das 25 variáveis constituintes do modelo de avaliação de desempenho, nove delas foram utilizadas para a análise de eficiência. Não se

estabeleceram variáveis de eficiência para insumo e produto das demais variáveis por dois motivos: indisponibilidade de dados por questões de erros e / ou omissões dos hospitais respondentes em relação aos dados das 16 variáveis não abordadas; possibilidade de discriminação das DMUs do modelo de análise envoltória de dados.

Dessa forma, portanto, cinco variáveis foram utilizadas como insumos (*inputs*) no modelo: tempo de espera (em minutos); quantidade de funcionários; quantidade de leitos; tempo de faturamento (em dias); custo mais despesas totais. Por outro lado, quatro variáveis foram utilizadas como produto (*outputs*) no modelo: quantidade de internações; quantidade de atendimentos envolvendo cirurgias e exames; quantidade de pacientes atendidos; valor total das receitas obtidas. Com essas nove variáveis prosseguiu-se então com o processo de análise envoltória de dados.

Utilizando então o *software* SIAD 3.0, os resultados obtidos para cada um dos hospitais da amostra (DMUs) em relação à sua eficiência. Ressaltando que se realizaram cálculos considerando o modelo BCC, com orientação aos *outputs*, tal como explanado anteriormente na seção de procedimentos metodológicos. O Quadro a seguir representa o nível de eficiência de cada um dos hospitais participantes do estudo.

Quadro 14 – Eficiência das DMUs

DMU	Padrão	Invertida	Composta	Composta ³⁵	DMU	Padrão	Invertida	Composta	Composta'
DMU1	0,83446	1,00000	0,41723	0,58881	DMU36	1,00000	0,99584	0,50208	0,70855
DMU2	1,00000	0,80233	0,59884	0,84510	DMU37	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562
DMU3	0,99112	1,00000	0,49556	0,69935	DMU38	0,99883	0,94793	0,52545	0,74153
DMU4	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562	DMU39	1,00000	0,84862	0,57569	0,81243
DMU5	0,71371	1,00000	0,35686	0,50361	DMU40	1,00000	0,97969	0,51016	0,71995
DMU6	1,00000	0,90974	0,54513	0,76931	DMU41	1,00000	0,81318	0,59341	0,83744
DMU7	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562	DMU42	1,00000	0,59366	0,70317	0,99234
DMU8	1,00000	0,63954	0,68023	0,95996	DMU43	0,71517	1,00000	0,35759	0,50464
DMU9	1,00000	0,83611	0,58195	0,82126	DMU44	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562
DMU10	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562	DMU45	1,00000	0,76540	0,61730	0,87115
DMU11	0,75849	1,00000	0,37925	0,53520	DMU46	1,00000	0,59415	0,70292	0,99199
DMU12	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562	DMU47	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562
DMU13	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562	DMU48	1,00000	0,77135	0,61433	0,86696
DMU14	0,64686	1,00000	0,32343	0,45644	DMU49	1,00000	0,85477	0,57262	0,80810
DMU15	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562	DMU50	0,59373	0,93042	0,33166	0,46804
DMU16	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562	DMU51	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562
DMU17	0,80778	1,00000	0,40389	0,56998	DMU52	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562
DMU18	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562	DMU53	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562
DMU19	0,89945	0,78379	0,55783	0,78723	DMU54	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562
DMU20	1,00000	0,65778	0,67111	0,94709	DMU55	0,77688	0,69178	0,54255	0,76566
DMU21	0,84405	1,00000	0,42202	0,59557	DMU56	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562
DMU22	0,78911	1,00000	0,39456	0,55681	DMU57	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562

³⁵ Eficiência normalizada.

DMU23	0,59373	0,93042	0,33166	0,46804	DMU58	1,00000	0,72947	0,63526	0,89651
DMU24	1,00000	0,85330	0,57335	0,80913	DMU59	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562
DMU25	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562	DMU60	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562
DMU26	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562	DMU61	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562
DMU27	0,99458	1,00000	0,49729	0,70179	DMU62	0,86905	0,65292	0,60807	0,85812
DMU28	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562	DMU63	0,66733	1,00000	0,33367	0,47088
DMU29	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562	DMU64	1,00000	0,58280	0,70860	1,00000
DMU30	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562	DMU65	1,00000	0,71412	0,64294	0,90734
DMU31	0,81631	1,00000	0,40816	0,57600	DMU66	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562
DMU32	0,87070	1,00000	0,43535	0,61438	DMU67	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562
DMU33	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562	DMU68	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562
DMU34	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562	DMU69	1,00000	0,92822	0,53589	0,75627
DMU35	1,00000	1,00000	0,50000	0,70562	DMU70	0,93338	0,71314	0,61012	0,86102

Importante notar que de acordo com a fronteira composta (com eficiência normalizada), a DMU64 foi a que obteve maior eficiência, sendo representada pelo valor 1 no quadro apresentado. As demais DMUs têm suas eficiências representadas com seus respectivos valores, conforme a comparação delas com essa DMU (DMU64) que apresenta uma *best practice* dentre os hospitais abordados.

A partir dos resultados apresentados pelo Quadro 14, pode-se também estabelecer um *ranking* dos hospitais mais eficientes dentro da amostra considerada para o estudo. Aproveitou-se a iniciativa em se elaborar esse *ranking* para comparar os hospitais tidos como os mais eficientes com suas características de porte, origem (Estado), receita e atendimentos. O Quadro a seguir representa esses resultados em forma de *ranking* para as 10 DMUs mais eficientes, já estabelecendo essas relações.

Quadro 15. Características das 10 DMUs mais eficientes

DMU	Composta	Estado	Porte	Rendimento	Atendimento
DMU64	1,00000	RS	peq.	nível 2	nível 3
DMU42	0,99234	MG	med.	nível 4	nível 4
DMU46	0,99199	MG	med.	nível 5	nível 3
DMU8	0,95996	SP	med.	nível 4	nível 4
DMU20	0,94709	SC	peq.	nível 2	nível 1
DMU65	0,90734	RS	peq.	nível 4	nível 4
DMU58	0,89651	RS	med.	nível 3	nível 2
DMU45	0,87115	MG	peq.	nível 1	nível 1
DMU48	0,86696	MG	peq.	nível 2	nível 1
DMU70	0,86102	SP	med.	nível 3	nível 3

O quadro apresentado demonstra que dentre as 10 DMUs mais eficientes, todas são de pequeno ou médio porte em termos de quantidade de leitos (que foi uma das variáveis de insumo), além de que nenhuma delas tem nível máximo de rendimento ou quantidade de pacientes atendidos. Isso demonstra que os hospitais menores podem ser mais eficientes que

os maiores, o que reforça a possibilidade de que os retornos para hospitais são crescentes diante de baixos níveis de insumo.

No mais, interessante ainda notar que dos 10 hospitais mais eficientes, apesar da amostra estar bastante concentrada em hospitais do Sul e Sudeste, quatro são de Minas Gerais, três do Rio Grande do Sul, dois de São Paulo e um de Santa Catarina. Destacam-se assim hospitais de Minas Gerais e Rio Grande do Sul dentre os mais eficientes. O Estado do Paraná, por exemplo, que era o que mais tinha representantes na amostra (cerca de 25% da amostra) não teve nenhum hospital dentre os 10 mais eficientes.

É importante ainda lembrar que as alternativas para cada uma das DMUs buscar sua eficiência podem ser encontradas no Anexo I, ao final desse trabalho. Percebe-se que boa parte das decisões a serem tomadas para se atingir uma maior eficiência das DMUs envolve a redução dos insumos utilizados.

Dessa forma, estabeleceram-se padrões de comportamento eficientes a partir do caso tido como mais eficiente na relação produto e insumo, e com isso pôde-se efetuar recomendações quantitativas sobre quais fatores o gestor deve estar atento em suas tomadas de decisões, a fim de melhorar a eficiência de seu hospital.

Destaca-se pelos resultados individuais (vide Anexo I) que algumas variáveis foram mais presentes na proposta de ajuste das DMUs, sendo elas, portanto, sujeitas a iniciativas e políticas para se tentar atuar efetivamente com foco nesses fatores. Por exemplo, em termos de redução de insumos, tem-se que para 13 casos, poder-se-ia busca a redução de tempo de faturamento sob os mesmos resultados como forma de melhorar a eficiência do hospital. Ou ainda, conforme resultados do DEA, em 13 casos observados, se for possível reduzir a quantidade de leitos sem comprometer os outputs do hospital, essas organizações poderiam ter ganhos de eficiência. Observou-se ainda que em nove casos, o caminho para a busca de melhor eficiência requer a redução de funcionários (por automação ou busca de produtividade), tal como em outros seis casos é interessante recorrer à redução do tempo de espera dos pacientes. São medidas que podem ser tomadas na direção de reduzir insumos e tornar o hospital mais eficiente na busca por seus *outputs* (produtos).

Ou ainda, sugeriu-se medidas voltadas aos *outputs* dos hospitais, com iniciativas que estimulem o aumento desses fatores. Por exemplo, em 11 casos o aumento de cirurgias e exames com o ajuste dos recursos necessários é interessante para se aumentar a produtividade, enquanto em 11 DMUs também se sugeriu o aumento de pacientes atendidos para se atingir uma melhor eficiência em 11 casos. Não obstante, percebeu-se ainda que em três casos o aumento das receitas deve ser buscado como objetivo e em dois hospitais a quantidade de

internações deve ser aumentada para se melhorar a eficiência. Isso demonstra que o modelo de eficiência pode ser utilizado para a melhora da eficiência dos hospitais da amostra conforme o best practice identificado pelo SIAD. Dessa forma, sendo as variáveis dessa modelagem de análise envoltória de dados oriunda de medidas de avaliação de desempenho, uma análise de eficiência pode trazer também consigo uma análise de desempenho comparativa das organizações participantes.

7 DISCUSSÕES FINAIS E CONCLUSÕES

“Você não pode ensinar nada a um homem; você apenas pode ajudá-lo a encontrar a resposta dentro dele mesmo” (Galileu Galilei)

Considerando que as organizações de saúde estão cada vez mais em voga no ambiente organizacional e que a importância dessas instituições vem aumentando diante da crescente demanda por serviços de saúde, é inevitável e indispensável que se traga à tona as discussões sobre a melhor forma de gerir esse tipo de organização. Dentro das diversas esferas da gestão hospitalar, o presente estudo destaca a avaliação de desempenho organizacional dessas organizações, em especial, a avaliação de desempenho e eficiência realizada por modelos globais (ou organizacionais).

Diante disso, o presente estudo buscou desenvolver um modelo específico para a avaliação de desempenho e eficiência das organizações de saúde, com foco específico nos hospitais filantrópicos. O primeiro modelo apresentado nesse sentido foi elaborado com base na revisão da literatura sobre o tema e nas considerações do autor sobre quais indicadores seriam os mais relevantes para uma avaliação de desempenho abrangente e global para os hospitais filantrópicos. Assim, **estabeleceu-se um primeiro modelo teórico contendo 31 variáveis**, subdivididas entre sete perspectivas (econômico-financeira, qualidade do serviço de saúde, acessibilidade ao atendimento, processos internos, capacidade de infra-estrutura, efetividade e eficácia, segurança do serviço de saúde).

Esse modelo foi validado, por meio do método Delphi, por 14 especialistas do ramo que detinham experiência em gestão hospitalar, com ênfase em gestão por indicadores e monitoramento gerencial de organizações de saúde. Nesse processo, os especialistas definiram quais variáveis levantadas na revisão de literatura eram relevantes para a avaliação de desempenho de organizações de saúde (com foco em hospitais filantrópicos). No mais, além das variáveis levantadas pela revisão bibliográfica, outras variáveis foram acrescentadas ao modelo pelos especialistas participantes. Culminou-se, dessa forma, no **modelo de avaliação de desempenho que conta com 25 variáveis, subdivididas em seis perspectivas** (vide Quadro 12 do capítulo anterior). Apesar de se poderem elaborar modelos mais completos e complexos com muitas outras variáveis, a ideia é que se tenha um modelo gerenciável, com poucas variáveis, mas sendo elas de maior relevância e capazes de captar ao máximo as dimensões contemporâneas de desempenho dos hospitais filantrópicos do Brasil.

Importante ressaltar que o modelo validado proposto conta com variáveis que vão além de modelos tradicionais, como, por exemplo, o *Balanced Scorecard*. Ele conta com seis perspectivas que, segundo especialistas, abrangem os elementos principais e essenciais para a avaliação de desempenho de hospitais filantrópicos (econômica-financeira; qualidade dos serviços prestados; acessibilidade; processos internos; capacidades internas; saúde, segurança e sustentabilidade).

Com o acesso a campo para se verificar quais dessas variáveis os hospitais filantrópicos têm disponíveis para esse gerenciamento e controle de suas atividades, verificou-se que não há essa disponibilidade para todas as variáveis propostas. Uma das conclusões relevantes a serem levantadas a partir desse estudo é a **falta de sistemas de informações e banco de dados estruturados** nas organizações de saúde abordadas. Corrobora-se com as percepções de Marinho (2001a) de que os hospitais brasileiros não contam com bases de dados adequadas para estudos dessa magnitude. Percebeu-se que o setor carece de uma estrutura formalizada e difundida entre os hospitais para a coleta e, principalmente, o uso de informações gerenciais relevantes para a administração hospitalar. O controle, a gestão, o estabelecimento de estratégias (que inclui definição de metas e objetivos) e o monitoramento do planejamento ficam limitados quando não existem indicadores e informações, consideradas por especialistas como relevantes, para a gestão e avaliação de desempenho das organizações de saúde.

Portanto, se atualmente a maioria dos hospitais filantrópicos abordados não detêm a maioria dos indicadores considerados como fundamentais para sua avaliação de desempenho, pode-se dizer que o campo de avaliação de desempenho ainda está em fase prematura. É importante que haja um processo de elaboração de métricas adequadas para a gestão hospitalar voltada ao desempenho dessas organizações.

Dessa forma, apresentou-se um terceiro modelo que é aquele que considerou-se factível de ser coletado na realidade, que contempla nove variáveis oriundas do modelo validado pelas especialistas. Isso indica que o presente estudo se depara com três modelos distintos: o teórico; o validado; e o coletável na realidade. A diferença entre o primeiro e o segundo modelo é justificável por questão de validação de um modelo contido de julgamentos de valor por parte do pesquisador-elaborador. Todavia, a diferença na quantidade de variáveis do modelo validado para o factível leva a crer que não existe apenas o problema da falta de sistemas de informações disponíveis como escrito, mas que também há uma discrepância entre o que especialistas julgam importante para aquilo que é factível e disponível pelas organizações de saúde filantrópicas. Ou seja, se aquilo que os próprios especialistas julgam

importante para uma avaliação de desempenho não está disponível na grande maioria dos hospitais filantrópicos instalados no Brasil, existem sérios problemas informacionais dessa indústria para se estabelecer uma avaliação de desempenho global, o que limita as capacidades gerenciais dessas organizações de saúde. Sem um sistema de avaliação de desempenho adequado, tanto o gerenciamento quanto o controle e a comparabilidade (*benchmarking*) entre os hospitais ficam comprometidos.

Essa falta de respaldo instrumental e informacional para o gestor hospitalar não apenas compromete o processo de administração dos hospitais como também faz com que essa atividade não seja realizada de forma mais completa possível. Com isso, ainda que se tenha gestores hospitalares experientes e competentes em suas funções, suas atividades (e, conseqüentemente, o resultado delas) ficam limitadas ao profissional, que carece de recursos informacionais para sua tomada de decisão.

Outro apontamento relevante apresentado no presente estudo é que os **modelos de avaliação de eficiência e suas respectivas variáveis devem ser sustentados a partir de fatores considerados relevantes na perspectiva da avaliação de desempenho** das organizações. Não se podem definir variáveis de insumo e produto sem que se tenha em mente o que é realmente relevante para se determinar o desempenho da organização. Existe uma relação entre desempenho e eficiência que não deve ser menosprezada. A eficiência organizacional somente é atingida quando ela está ligada aos fatores associados ao desempenho porque, do contrário, a eficiência serviria para variáveis que não necessariamente estão ligadas aos objetivos estratégicos da organização e, tão pouco, àquilo que é relevante para sua operação.

Diante disso, portanto, é importante que a análise prévia do que é relevante em termos de desempenho seja efetuada antes de se estabelecer quais são as variáveis utilizadas num modelo de eficiência do DEA. Recomenda-se, portanto, que as escolhas de variáveis para uma análise envoltória de dados sejam feitas com cuidado e criteriosamente porque sem esse passo no estudo, o pesquisador pode analisar a eficiência sobre variáveis irrelevantes ao desempenho e, portanto, sem grande utilidade prática e operacional para os gestores. No mais, com esse cuidado, a melhoria da eficiência de uma DMU leva, conseqüentemente, a melhoria do desempenho dela.

Por fim, quando se tem esse cuidado de sustentar variáveis de eficiência sobre variáveis de análise de desempenho, pode-se chegar a resultados de avaliação de desempenho por meio de técnicas de análise de eficiência. Isso é possível porque as variáveis de eficiência que são inerentes às de desempenho, levam em sua concepção as medidas de desempenho, de

forma que a análise de eficiência acaba por se tornar útil também para a se compreender o desempenho.

Percebe-se ainda que é possível **estabelecer *rankings*** de eficiência com sustentação em preceitos de desempenho. Ademais, é importante ressaltar que esses *rankings* comparativos não tem a função meramente ilustrativa de comparabilidade que pode servir como instrumento de premiação de hospitais filantrópicos, mas que também servem para se **estabelecer uma referência das melhores práticas** as quais os hospitais participantes conseguem identificar em que fatores eles podem buscar melhorias para atingir maiores níveis de eficiência.

Esses resultados são também importantes para que os **órgãos reguladores ou organizações sociais consigam elaborar políticas e práticas efetivas sobre os hospitais filantrópicos**, em especial, sobre alguns insumos de sua operacionalização. Conhecendo melhor quais são os pontos a ser melhorados, é possível estabelecer objetivos e políticas focadas em melhorar determinados pontos. No caso abordado, pode-se dizer que o Ministério da Saúde poderia Atuar com maior ênfase nos insumos apresentados sobre os hospitais filantrópicos, de forma que eles possam, principalmente, receber suas receitas num prazo menor (maior liquidez para eles), e diminuir a quantidade de leitos para tornar torná-los mais eficientes dentro de suas possibilidades. Observou-se também que é interessante adotar políticas que reduzam o tempo de espera dos pacientes para serem atendidos e que se reduza a quantidade de funcionários pela automação de processos ou busca de produtividade em alguns hospitais, dado que se verificou que em hospitais mais eficientes, consegue-se realizar tarefas de forma mais produtiva.

Diante disso, é importante nesse momento entender que os mecanismos de atuação e os planos de ação para que se busque a maior produtividade, no caso dos hospitais, pode ser proveniente não somente das DMUs, mas também de agentes externos (organizações sociais, secretarias de saúde, ministérios, etc.). Isso implica que para o caso dos hospitais, os resultados provenientes de uma análise envoltória de dados são úteis não somente para a gestão interna do próprio hospital, mas também para apoiar o estabelecimento de políticas e práticas voltadas a incrementar a eficiência dos hospitais.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES PARA ESTUDOS FUTUROS

Como principal limitação do estudo, deve-se considerar que a amostra utilizada para a realização da pesquisa empírica representa apenas uma parcela da realidade dos hospitais filantrópicos brasileiros. Deve-se ater ao fato de que os resultados aqui obtidos são representantes apenas de uma realidade específica, que conta apenas com os hospitais participantes da pesquisa. Por mais que os resultados possam em certo grau ser extrapolados e induzidos a uma realidade maior (contexto nacional), devem-se deixar claros os resultados são limitados à realidade específica da amostra.

Essa limitação ainda é mais evidente no presente estudo quando se verifica que os hospitais participantes, em grande maioria são oriundos das regiões Sul e Sudeste do país, o que pode trazer um viés para os resultados obtidos. Portanto, além de existir uma limitação quantitativa em relação à população total (todos os hospitais filantrópicos do Brasil), existe também um viés relacionado ao fato de que a maioria dos hospitais participantes da pesquisa (80%) é oriunda das regiões Sul e Sudeste.

Esse viés se estende para a perspectiva da capacidade de leitos dos hospitais. Considerando a terminologia do Ministério da Saúde (1985), a maioria dos hospitais participantes da pesquisa (81,4%) é de pequeno e médio porte, ou seja, tem 150 ou menos leitos. Dessa forma, o estabelecimento de eficiência pode se dar num contexto de pequenas e médias organizações de saúde e esses hospitais podem também ser influenciados pelo funcionamento de um hospital de grande porte.

Ainda, a principal limitação do presente estudo é que na análise envoltória de dados não foi possível abordar todos os fatores constituintes das 25 variáveis tidas como relevantes para o gerenciamento do desempenho de hospitais filantrópicos brasileiros. Isso ocorreu, principalmente, pela omissão e erros dos hospitais participantes no fornecimento de dados para a pesquisa. Seria interessante contar com uma análise envoltória de dados que contesse todos os elementos considerados como importantes para o desempenho desse tipo de organização. Apesar dos resultados apresentarem apontamentos relevantes, eles poderiam ser mais completos numa análise que pudesse envolver todas as variáveis do modelo aqui validado.

Como limitação ainda, é relevante citar que o DEA apresenta o conceito de *best practice*, de forma que o DMU (hospital) mais eficiente é considerado como aquele que

detém as melhores práticas. Entretanto, isso não necessariamente pode representar a melhor prática sob quaisquer circunstâncias. Deve-se estar atento para entender que mudanças no contexto podem trazer também alterações nas práticas, tais como dos *inputs* e dos *outputs*, das organizações de saúde para que elas possam obter melhores desempenhos, o que não é refletido numa análise envoltória de dados.

Como recomendação para estudos futuros, sugere-se que o modelo original possa ser aplicado novamente às organizações como variáveis independentes de um modelo que consta com uma variável dependente. Considerando, por exemplo, que a quantidade de atendimentos bem sucedidos de um hospital filantrópico pode ser explicada pelas variáveis independentes, pode-se utilizar estatística multivariada, como a análise de regressão múltipla, para que com as variáveis do modelo possa-se explicar quais são variáveis melhor explicam a variação de uma variável dependente.

A discussão sobre as perspectivas também pode ser abordada por estatística multivariada. Por exemplo, realizar uma análise discriminante para definir quais variáveis têm comportamentos semelhantes e podem, dessa forma, ser unidas dentro de grupos. Cada um desses grupos poderia representar uma perspectiva do modelo.

Por fim, a análise de causa-efeito das variáveis e das perspectivas encontradas pode ser trabalhada em profundidade também. Para tal, a recomendação é que se utilize a técnica de equações estruturais para que se consiga verificar qual é a relação existente entre cada uma das perspectivas apontadas, seja ela apontada de forma qualitativa, ou de maneira quantitativa, por meio de análise discriminante, por exemplo.

REFERÊNCIAS

ABREU, L. O Papel das Misericórdias dos ‘Lugares de Além-Mar’ na Formação do Império Português. **História, Ciências, Saúde – Manquinhos**, v. 8, n. 3, pp. 591-611, 2001.

ABRI, S. M.; WEST JR., D. J.; SPINELLI, R. J. Managing Overutilization, Quality of Care and Sustainable Health Care Outcomes in Oman. **The Health Care Manager**, v. 25, n. 4, pp. 348-355, 2006.

ADLER, N.; SINGH-MANOUX, A.; SCHWARTZ, J.; STEWART, J.; MATTHEWS, K.; MARMOT, M. G. Social Status and Health: A Comparison of British Civil Servants in Whitehall-II with European – and African-Americans in CARDIA. **Social Science & Medicine**, v. 66, n. 5, pp. 1034-1045, 2008.

AHMG (ASSOCIAÇÃO DE HOSPITAIS DE MINAS GERAIS). **Indicadores Hospitalares de Minas Gerais**. Descrição dos Indicadores. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

AHN, H. How to Individualize your Balanced Scorecard? **Measuring Business Excellence**, v. 9, n. 1, pp. 5-12, 2005.

AKTAŞ, E.; ÜLENGİN, F.; ŞAHİN, S. Ö. A Decision Support System to Improve the Efficiency of Resource Allocation in Healthcare Management. **Socio Economic Planning Sciences**, v. 41, n. 2, pp. 130-146, 2007.

ALMEIDA, A. G.; BORBA, J. A.; FLORES, L. C. S. A utilização das Informações de Custos na Gestão da Saúde pública: Um Estudo Preliminar em Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Santa Catarina. **RAP (Revista de Administração Pública)**, v. 43, n. 3, pp. 579-607, 2009.

ALMEIDA, A. R.; BOTELHO, D. Construção de Questionários. *In*: D. Botelho; D. M. Zouain (Orgs.). **Pesquisa Quantitativa em Administração**. São Paulo: Atlas, 2009.

ALMEIDA, C. M. **As Reformas Sanitárias dos Anos 80: Crise ou Transição?** Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

ALVES, V. L. S. **Gestão da Qualidade**. Ferramentas Utilizadas no Contexto Contemporâneo da Saúde. São Paulo: Martinari, 2009.

AMARATUNGA, D.; BALDRY, D. Moving from Performance Measurement to Performance Management. **Facilities**, v. 20, n. 5 / 6, pp. 217-223, 2002.

AMARATUNGA, D.; BALDRY, D.; SARSHAR, M. Process Improvement through Performance Measurement: The Balanced Scorecard Methodology. **Work Study**, v. 50, n. 5, pp. 179-189, 2001.

AMIDON, D. M. Customer Innovation: A Function of Knowledge. **Journal of Customer Relationship**, 1997.

ANDALEEB, S. S. Service Quality Perceptions and Patient Satisfaction: A Study of Hospitals in a Developing Country. **Social Science & Medicine**, v. 52, n. 9, pp. 1359-1370, 2001.

ANDRADE, E. I. G.; ACÚRCIO, F. A.; CHERCHIGLIA, M. L.; BELISÁRIO, S. A.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; SZUSTER, D. A. C.; FALEIROS, D. R.; TEIXEIRA, H. V.; SILVA, G. D.; TAVEIRA, T. S. Pesquisa e Produção Científica em Economia da Saúde no Brasil. **RAP (Revista de Administração Pública)**, v. 41, n. 2, pp. 211-135, 2007.

ANDREWS, B.; STOCKING, C.; KRIZEK, T.; GOTTLIEB, L.; KRIZEK, C.; VARGISH, T.; SIEGLER, M. An Alternative Strategy for Studying Adverse Events in Medical Care. **The Lancet**, v. 349, n. 9048, pp. 309-313, 1997.

ANDRIESSEN, D. IC Valuation and Measurement: Classifying the State of Art. **Journal of Intellectual Capital**, v. 5, n. 2, pp. 230-242, 2004.

ANGULO MEZA, L.; BIONDI NETO, L.; SOARES DE MELLO, J. C. C. B.; GOMES, E. G. ISYDS - Integrated System for Decision Support (SIAD - Sistema Integrado de Apoio a Decisao): A Software Package for Data Envelopment Analysis Model. **Pesquisa Operacional**, v. 25, n. 3, pp. 493-503, 2005.

ANGUS, D. C.; LINDE-ZWIRBLE, W. T.; LIDICKER, J.; CLERMONT, G.; CARCILLO, J.; PINSKY, M. R. Epidemiology of Severe Sepsis in the United States: Analysis of Incidence, Outcome and Associated Costs of Care. **Critical Care Medicine**, v. 29, n. 7, pp. 1303-1310, 2001.

ANSOFF, H. I. **Corporate Strategy**. An Analytic Approach to Business Policy for Growth and Expansion. New York (Estados Unidos): McGraw-Hill, 1965.

ARANHA, G. T. C.; VIEIRA, R. W. Estudo de um dos Indicadores do Custo da Qualidade: O Desperdício. **Revista de Administração em Saúde**, v. 6, n. 23, pp. 1-13, 2004.

ARAÚJO, A. M. P.; ASSAF NETO, A. A Contabilidade Tradicional e a Contabilidade Baseada em Valor. **Revista Contabilidade & Finanças**, v. 33, pp. 16-33, 2003.

ARNETZ, B. B. Self Perception of the Impact of Health Care Transformation on Quality of Care. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 11, n. 4, pp. 345-351, 1999.

ATKINSON, A. A.; WATERHOUSE, J. H.; WELLS, R. B. A Stakeholder Approach to Strategic Performance Measurement. **Sloan Management Review**, v. 38, n. 3, pp. 25-37, 1997.

AZEVEDO, A. C. Avaliação de Desempenho dos Serviços de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, pp. 64-71, 1991.

BAKER, G. R.; PINK, G. H. A Balanced Scorecard for Canadian Hospitals. **Healthcare Management Forum**, v. 8, n. 4, pp. 7-21, 1995.

BANKER, R. D.; CHARNES, A.; COOPER, W. W. Some Models for Estimating Technical and Scale Inefficiencies in Data Envelopment Analysis. **Management Science**, v. 30, n. 9, pp. 1078-1092, 1984.

BANKER, R. D.; CONRAD, R. F.; STRAUSS, R. A Comparative Application of Data Envelopment Analysis and Translog Methods: An Illustrative Study of Hospital Production. **Management Science**, v. 32, n. 1, pp. 30-44, 1986.

BANKER, R. D.; CHANG, H.; JANAKIRAMAN, S. N.; KONSTANS, C. A Balanced Scorecard Analysis of Performance Metrics. **European Journal of Operational Research**, v. 154, n. 2, pp. 423-436, 2004.

BARTMAN, M.; TÚLIO, R.; KRAUSER, L. T. **Administração na Saúde e na Enfermagem**. Rio de Janeiro: SENAC, 2005.

BATISTA, M. A.; SANTOS, M. A.; PIVATELLI, F. C.; LIMA, A. R. S.; GODOY, M. F. Eventos Adversos e Motivos de Descarte Relacionados ao Reuso de Produtos Médicos Hospitalares em Angioplastia Coronária. **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, v. 21, n. 3, pp. 328-333, 2006.

BELL, S.; MORSE, S. **Sustainability Indicators**. Measuring the Immeasurable? London (Inglaterra): Earthscan, 1999.

BELLANGER, M. M.; TARDIF, L. Accounting and Reimbursement Schemes for Inpatient Care in France. **Health Care Management Science**, v. 9, n. 3, pp. 295-305, 2006.

BELLONI, J. A. **Uma Metodologia de Avaliação da Eficiência Produtiva de universidades Federais Brasileiras**. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

BERRY, L. L.; MIRABITO, A. M.; BERWICK, B. M. A Health Care Agenda for Business. **MIT Sloan Management Review**, v. 45, n. 4, pp. 55-64, 2004.

BESSIRE, D.; BAKER, C. R. The French Tableau de Bord and the American Balanced Scorecard: A Critical Analysis. **Critical Perspectives in Accounting**, v. 16, n. 6, pp. 645-664, 2005.

BITITCI, U. S.; CARRIE, A. S.; McDEVITT, L.; TURNER, T. Integrated Performance Measurement Systems: A Reference Model. *In*: P. Schonsleben; A. Buchel (Orgs.). **Organising the Extended Enterprise**. London (Inglaterra): Chapman & Hall, 1998a.

BITITCI, U. S.; CARRIE, A. S.; TURNER, T.; LUTZ, S. Integrated Performance Measurement Systems: Implementation Case Studies. *In*: U. S. Bititci; A. S. Carrie (Orgs.). **Strategic Management of the Manufacturing Value Chain**. Norwell (Estados Unidos): Kluwer Academic Publishers, 1998b.

BITITCI, U. S.; TURNER, T.; BEGEMANN, C. Dynamics of Performance Measurement Systems. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 20, n. 6, pp. 692-704, 2000.

BITTAR, O. J. N. V. Produtividade em Hospitais de Acordo com Alguns Indicadores Hospitalares. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, pp. 53-60, 1996.

_____. Gestão de Processos e Certificação para Qualidade em Saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 46, n. 1, 2000.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. A Qualidade nos Serviços de Emergência de Hospitais Públicos e Algumas Considerações sobre a Conjuntura Recente no Município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, pp. 929-934, 2007.

BISSEL, D. **Statistical Methods for SPC and TQM**. London (Inglaterra): Chapman & Hall, 1994.

BLUM, H. L. **Planning for Health**. Development and Application of Social Change Theory. New York: Human Sciences Press, 1974.

BONACIM, C. A. G.; ARAUJO, A. M. P. Valor Econômico Agregado por Hospitais Universitários Públicos. **RAE (Revista de Administração de Empresas)**, v. 49, n. 4, pp. 419-433, 2009.

BONTIS, N.; DRAGONETTI, N. C.; JACOBSEN, K.; ROOS, G. The Knowledge Toolbox: A Review of the Tools Available to Measure and Manage Intangible Assets. **European Management Journal**, v. 17, n. 4, pp. 391-402, 1999.

BORBA, V. R. **Do Planejamento ao Controle de Gestão Hospitalar**. Instrumento para o Desenvolvimento Empresarial e Técnico. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

BORBA, V. R.; LISBOA, T. C. **Teoria Geral de Administração Hospitalar**. Estrutura e Evolução do Processo de Gestão Hospitalar. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

BOSE, R. Knowledge Management Metrics. **Industrial Management & Data Systems**, v. 104, n. 6, pp. 457-468, 2004.

BOURGUIGNON, A.; MALLERET, V.; NØRREKLIT, H. The American Balanced Scorecard versus the French Tableau de Bord: The Ideological Dimension. **Management Accounting Research**, v. 15, n. 2, pp. 107-134, 2004.

BOURNE, M.; FRANCO, M.; WILKES, J. Corporate Performance Management. **Measuring Business Excellence**, v. 7, n. 3, pp. 15-21, 2003.

BOURNE, M.; MILLS, J.; WILCOX, M.; NEELY, A.; PLATTS, K. Designing, Implementing and Updating Performance Measurement Systems. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 20, n. 7, pp. 754-771, 2000.

BOYCE, N. W. Potential Pitfalls of Healthcare Performance Indicators. **The Medical Journal of Australia**, v. 177, n. 5, pp. 229-230, 2002.

BRAAM, G. J. M.; NIJSSEN, E. J. Performance Effects of Using the Balanced Scorecard: A Note on the Dutch Experience. **Long Range Planning**, v. 37, n. 4, pp. 335-349, 2004.

BRENNAN, T. A.; LEAPE, L. L.; LAIRD, N. M.; HERBERT, L.; LOCALIO, A. R.; LAWTHERS, A. G.; NEWHOUSE, J. P.; WEILER, P. C.; HIATT, H. H. Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. **New England Journal of Medicine**, v. 324, pp. 370-376, 1991.

BREWER, G. D. Assessing Outcomes and Effects. *In*: K. S. Cameron; D. A. Whetten (Orgs.). **Organizational Effectiveness**. A Comparison of Multiple Models. New York (Estados Unidos): Academic Press, 1983.

BUCHELE, R. B. How to Evaluate a Firm. **California Management Review**, v. 5, n. 5, pp. 5-17, 1962.

_____. **Business Policy in Growing Firms**. A Manual for Evaluation. San Francisco (Estados Unidos): Chandler Publishing Company, 1967.

BUCKMASTER, N. Associations between Outcome Measurement, Accountability and Learning for Non-Profit Organisations. **International Journal of Public Sector Management**, v. 12, n. 2, pp. 186-197, 1999.

BUENO, R. L. P. Eficiência Técnica e Gestão de Hospitais Públicos do Estado de São Paulo. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 37, pp. 90-103, 2007.

BURCHARDI, H.; SCHNEIDER, H. Economic Aspects of Severe Sepsis: A Review of Intensive Care Unit Costs, Cost of Illness and Cost Effectiveness of Therapy. **PharmacoEconomics**, v. 22, n. 12, pp. 793-813, 2004.

BUTLER, A.; LETZA, S. R.; NEALE, B. Linking the Balanced Scorecard to Strategy. **Long Range Planning**, v. 30, n. 2, pp. 242-253, 1997.

BYRNES, P.; VALDMANIS, V. Analyzing Technical and Allocative Efficiency of Hospitals. *In*: A. Charnes; W. Cooper; A. Y. Lewin; L. M. Seiford (Orgs.). **Data Envelopment Analysis**. Theory, Methodology and Application. Norwell (Estados Unidos): Kluwer, 1994.

CAMARA, P. R. S.; PASTORE, O. R. A. **Liderança para o Serviço**. Competências e Hospitais Filantrópicos. São Paulo: Linear B, 2006.

CAMPBELL, S. M.; REEVES, D.; KONTOPANTELOS, E.; MIDDLETON, E.; SIBBALD, B.; ROLAND, M. Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance. **New England Journal of Medicine**, v. 357, n. 2, pp. 181-190, 2007.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining Quality of Care. **Social Science & Medicine**, v. 51, n. 11, pp. 1611-1625, 2000.

CARNEIRO DA CUNHA, J. A.; CORRÊA, H. L. Administração Holística: Uma Análise de sua Aplicabilidade em Hospitais. *In*: S. A. dos Santos; A. T. Guimarães; A. Gaspar (Orgs.). **Fronteiras da Administração III**. Teorias, Aplicações e Tendências. São Paulo: Dínamo, 2010 (no prelo).

CASTAÑEDA-MENDEZ, K.; MANGAN, K.; LAVERY, A. M. The Role and Application of the Balanced Scorecard in Healthcare Quality Management. **Journal of Healthcare Quality**, v. 20, n. 1, pp. 10-13, 1998.

CERETTA, P. S.; QUADROS, C. J. Implementação do *Balanced Scorecard*: Um Caso Prático. **REAd (Revista Eletrônica de Administração)**, v. 9, n. 4, pp. 1-18, 2003.

CHAMBERS, R. J. Measurement in Accounting. **Journal of Accounting Research**, v. 3, n. 1, pp. 32-62, 1965.

CHARNES, A.; COOPER, W. W.; RHODES, E. Measuring the Efficiency of Decision Making Units. **European Journal of Operational Research**, v. 2, n. 6, pp. 429-444, 1978.

CHARNES, A.; COOPER, W. W.; LEWIN, A. Y.; SEIFORD, L. M. Basic DEA Models. *In*: A. Charnes; W. Cooper; A. Y. Lewin; L. M. Seiford (Orgs.). **Data Envelopment Analysis**. Theory, Methodology and Application. Norwell (Estados Unidos): Kluwer, 1994.

CHASSIN, M. R.; GALVIN, R. W. The Urgent Need to Improve Health Care Quality. **Journal of the American Medical Association**, v. 280, n. 11, pp. 1000-1005, 1998.

CHEGE, F.; CRONIN, G. Emergency Care Staff Can Improve Survival Rates from Sepsis. **Accident and Emergency Nursing**, v. 15, n. 3, pp. 157-160, 2007.

CHEN, J.; ZHU, Z.; XIE, H. Y. Measuring Intellectual Capital: A New Modal and Empirical Study. **Journal of Intellectual Capital**, v. 5, n. 1, pp. 195-212, 2004.

CHEN, X.; YAMAUCHI, K.; KATO, K.; NISHIMURA, A.; ITO, K. Using Balanced Scorecard to Measure Chinese and Japanese Hospital Performance. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 19, n. 4, pp. 339-350, 2006.

CHERCHIGLIA, M. L.; DALLARI, S. G. Tempo de Mudanças: Sobrevivência de um Hospital Público. **RAE-eletrônica**, v. 5, n. 2, Art. 18, 2006.

CHERUBIN, N. A.; CÂMARA, P. R. S.; PASQUINI, A. C. **Cadastro Geral dos Hospitais Filantrópicos e Instituições para Deficientes**. São Paulo: Sociedade Beneficente São Camilo, 1990.

CHILINGERIAN, J. A. Exploring Why Some Physicians' Hospital Practices Are More Efficient: Taking DEA Inside the Hospital. In: A. Charnes; W. Cooper; A. Y. Lewin; L. M. Seiford (Orgs.). **Data Envelopment Analysis**. Theory, Methodology and Application. Norwell (Estados Unidos): Kluwer, 1994.

CHOW-CHUA, C.; GOH, M. Framework for Evaluating Performance and Quality Improvement in Hospitals. **Managing Service Quality**, v. 12, n. 1, pp. 54-66, 2002.

CLEVERLEY, W.; CAMERON, A. E. **Essentials for Health Care Finance**. 6ª Ed. Sudbury (Estados Unidos): Jones and Bartlett Publishers, 2007.

CNAS (CONSELHO NACIONAL DE ATENDIMENTO SOCIAL). **Lei nº 12.101**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

COCCA, P.; ALBERTI, M. A Framework to Assess Performance Measurement Systems in SME. **International Journal of Productivity and Performance Management**, v. 59, n. 2, pp. 189-200, 2010.

COLAUTO, R. D.; BEUREN, I. M. Proposta para Avaliação da Gestão do Conhecimento em Entidade Filantrópica: O Caso de Uma Organização Hospitalar. **RAC (Revista de Administração Contemporânea)**, v. 7, n. 4, pp. 163-185, 2003.

COLLA, J. B.; BRACKEN, A. C.; KINNEY, L. M.; WEEKS, W. B. Measuring Patient Safety Climate: A Review of Surveys. **Quality & Safety Health Care**, v. 14, pp. 364-366, 2005.

CONNOLLY, T.; DEUTSCH, S. J. Performance Measurement: Some Conceptual Issues. **Evaluation and Program Planning**, v. 3, n. 1, pp. 35-43, 1980.

COOK, W. D.; SEIFORD, L. M. Data Envelopment Analysis (DEA) – Thirty Years On. **European Journal of Operational Research**, v. 192, n. 1, pp. 1-17, 2009.

CORRÊA, A. K.; FERRAZ, C. A.; GALVÃO, C. M.; ZANETTI, M. L.; DANTAS, R. A. S. A Reforma do Setor da Saúde e as Transformações da Prática da Enfermagem em Hospitais Filantrópicos do Município de Ribeirão Preto (SP), Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 8, n. 3, pp. 202-208, 2000.

CORRÊA, H. L. **O “Estado da Arte” da Avaliação de Empresas Estatais**. Tese (Doutorado em Administração). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1986.

CORRÊA, H. L.; HOURNEAUX JR., F. Sistemas de Mensuração e Avaliação de Desempenho Organizacional: Estudo de Casos no Setor Químico no Brasil. **Revista Contabilidade & Finanças**, v. 19, n. 48, pp. 50-64, 2008.

CORREA, M. C.; PROCHNIK, V.; FERREIRA, A. C. S. *Balanced Scorecard* em Hospitais: Uma Avaliação das Críticas Associadas ao Modelo a Partir do Estudo de Caso de duas Organizações Hospitalares Brasileiras. In: XXXIII EnANPAD (Encontro da Associação

Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração), 33, 2009, São Paulo. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2009.

COUPER, M. R. The Delphi Technique: Characteristics and Sequence Model. **Advances in Nursing Science**, v. 7, n. 1, pp. 72-77, 1984.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G. Planejamento Estratégico e Medidas de Desempenho. *Balanced Score Card* Aplicado a Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde. In: R. C. Couto; T. M. G. Pedrosa (Orgs.). **Hospital**. Acreditação e Gestão em Saúde. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007a.

_____; _____. Avaliação das Metodologias Certificáveis de Garantia da Qualidade. In: R. C. Couto; T. M. G. Pedrosa (Orgs.). **Hospital**. Acreditação e Gestão em Saúde. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007b.

CROSS, K. F.; LYNCH, R. L. The SMART Way to Define and Sustain Success. **National Productivity Review**, v. 8, n. 1, pp. 23-33, 1988.

DALKEY, N. C. **The Delphi Method**. An Experimental Study of Group Opinion. Santa Monica (Estados Unidos): Rand Corporation, 1969.

DAVIES, H. T.; LAMPEL, J. Trust in Performance Indicators? **Quality in Health Care**, v. 7, pp. 159-162, 1998.

DAVIES, H. T.; NUTLEY, S. M.; MANNION, R. Organisational Culture and Quality of Health Care. **Quality in Health Care**, v. 9, pp. 111-119, 2000.

DE GUERNY, J.; GUIRIEC, J. C.; LAVERGNE, J. **Principles et Mise em Place du Tableau de Bord de Gestion**. 6ª Ed. Paris (França): Masson, 1990.

DE PAULA, C. L.; BRASIL, H. G.; MÁRIO, P. C. Mensuração do Retorno Social de Organizações sem Fins Lucrativos por meio do SROI – *Social Return On Investment*. **Contabilidade Vista & Revista**, v. 20, n. 3, pp. 127-155, 2009.

DEAN JR., J. W.; BOWEN, D. E. Management Theory and Total Quality: Improving Research and Practice Through Theory Development. **Academy of Management Review**, v. 19, n. 3, pp. 392-418, Special Issue “Total Quality”, 1994.

DELLINGER, R. P.; LEVY, M. M.; CARLET, J. M.; BION, J.; PARKER, M. M.; JAESCHKE, R.; REINHART, K.; ANGUS, D. C.; BRUN-BUISSON, C.; BEALE, R.; CALANDRA, T.; DHAINAUT, J.; GERLACH, H.; HARVEY, M.; MARINI, J. J.; MARSHALL, J.; RANIERI, M.; RAMSAY, R.; SEVRANSKY, J.; THOMPSON, T.; TOWNSEND, S.; VENDER, J. S.; ZIMMERMAN, J. L.; VINCENT, J. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2008. **Intensive Care Medicine**, v. 34, n. 1, pp. 17-60, 2008.

DEMING, W. E. **Out of the Crisis**. Cambridge (Estados Unidos): MIT Center for Advanced Engineering Study, 1986.

DENEFFE, D.; MASSON, R. T. What Do Non-Profit Hospitals Maximize? **International Journal of Industrial Organization**, v. 20, n. 4, pp. 461-492, 2002.

DESS, G. G.; ROBINSON JR., R. B. Measuring Organizational Performance in the Absence of Objective Measures: The Case of Privately-Held Firm and Conglomerate Business Unit. **Strategic Management Journal**, v. 5, n. 3, pp. 265-273, 1984.

D’INNOCENZO, M. Indicadores Organizacionais. In: M. D’Innocenzo (Org.). **Indicadores, Auditorias, Certificações**. Ferramentas de Qualidade para Gestão em Saúde. São Paulo: Martinari, 2006.

DIXON, J. R.; NANNI, A. J.; VOLLMANN, T. E. **The New Performance Challenge**. Measuring Operations for World-Class Competition. Homewood (Estados Unidos): Dow Jones-Irwin, 1990.

DONABEDIAN, A. **Aspects of Medical Care Administration**. Cambridge (Estados Unidos): Harvard University Press, 1973.

_____. The Seven Pillars of Quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 114, n. 11, pp. 1115-1118, 1990.

_____. Obtaining the Necessary Information. *In*: R. Bashshur (Org.). **An Introduction to Quality Assurance in Health Care**. New York (Estados Unidos): Oxford University Press, 2003.

DOWLING, W. L. Prospective Reimbursement of Hospitals. **Inquiry**, v. 11, pp. 163-180, 1974.

DRUCKER, P. F. **The Practice of Management**. New York (Estados Unidos): Harper, 1954.

DRUMMOND, M. F.; SCULPHER, M. J.; TORRANCE, G. W.; O'BRIEN, B. J.; STODDART, G. L. **Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes**. 3ª Ed. Oxford (Inglaterra): Oxford University Press, 2005.

DRURY, C. **Management and Cost Accounting**. 7ª Ed. London (Inglaterra): Cengage Learning, 2008.

DUARTE, I. G.; FERREIRA, D. P. Uso de Indicadores na Gestão de um Centro Cirúrgico. **Revista de Administração em Saúde**, v. 8, n. 31, pp. 63-70, 2006.

DUBOIS, R. W.; BROOK, R. H.; ROGERS, W. H. Adjusted Hospital Death Rates: A Potential Screen for Quality of Medical Care. **American Journal of Public Health**, v. 77, n. 9, pp. 1162-1166, 1987.

DUFFIELD, C. The Delphi Technique: A Comparison of Results Obtained Using Two Expert Panels. **International Journal of Nursing Studies**, v. 30, n. 3, pp. 227-237, 1993.

ECCLES, R. G. The Performance Measurement Manifesto. **Harvard Business Review**, v. 69, n. 1, pp. 131-137, 1991.

EDBROOKE, D. L.; HIBBERT, C. L.; KINGSLEY, J. M.; SMITH, S. BRIGHT, N. M.; QUINN, J. M. The Patient-Related Costs of Care for Sepsis Patients in a United Kingdom Adult General Intensive Care Unit. **Critical Care Medicine**, v. 27, n. 9, pp. 1760-1767, 1999.

EDVINSSON, L. Developing Intellectual Capital at Skandia. **Long Range Planning**, v. 30, n. 3, pp. 366-373, 1997.

EDVINSSON, L.; MALONE, M. S. **Intellectual Capital**. Realizing Your Company's True Value by Finding Its Hidden Brainpower. New York (Estados Unidos): Harper Business, 1997.

EGGIMANN, P.; PITTET, D. Infection Control in the ICU. **Chest**, v. 120, n. 6, pp. 2059-2093, 2001.

EPSTEIN, A. M.; LEE, T. H.; HAMEL, M. B. Paying Physicians for High-Quality Care. **New England Journal of Medicine**, v. 350, pp. 406-410, 2004.

EPSTEIN, M.; MANZONI, J. Implementing Corporate Strategy. From Tableaux de Bord to Balanced Scorecards. **European Management Journal**, v. 16, n. 2, pp. 190-203, 1998.

ERFFMEYER, R. C.; ERFFMEYER, E. S.; LANE, I. M. The Delphi Technique: An Empirical Evaluation of the Optimal Number of Rounds. **Group & Organization Management**, v. 11, n. 1 / 2, pp. 120-128, 1986.

FAMA, E. F.; FRENCH, K. R. The Corporate Cost of Capital and Return on Corporate Investment. **Journal of Finance**, v. 54, n. 6, pp. 1939-1967, 1999.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da Evolução da Qualidade Hospitalar: Dos Padrões à Acreditação. **Acta Paul Enferm**, v. 18, n. 2, pp. 213-219, 2005.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O Hospital e a Formação em Saúde: Desafios Atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, pp. 965-971, 2007.

FEVORINI, F. B. **A Avaliação de Desempenho Organizacional na Administração Pública**. Dissertação (Mestrado em Administração). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

FIGGE, F.; HAHN, T.; SCHALTEGGER, S.; WAGNER, M. The Sustainability Balanced Scorecard – Linking Sustainability Management to Business Strategy. **Business Strategy and the Environment**, v. 11, n. 5, pp. 269-284, 2002.

FISCHMANN, A. A.; ZILBER, M. A. Utilização de Indicadores de Desempenho como Instrumento de Suporte à Gestão Estratégica. *In*: XXIII EnANPAD (Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração), 23, 1999, Foz do Iguaçu. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 1999.

FITZGERALD, L. Moving Clinicians into Management. A Professional Challenge or Threat? **Journal of Management in Medicine**, v. 8, n. 6, pp. 32-44, 1994.

FITZGERALD, L.; DUFOUR, Y. Clinical Management as Boundary Management. A Comparative Analysis of Canadian and UK Health-Care Institutions. **Journal of Management in Medicine**, v. 12, n. 4 / 5, pp. 199-214, 1998.

FITZGERALD, L.; JOHNSTON, R.; BRIGNALL, T. J.; SILVESTRO, R.; VOSS, C. **Performance Measurement in Service Business**. London (Inglaterra): CIMA, 1991.

FOLAN, P.; BROWNE, J. A Review of Performance Measurement: Towards Performance Management. **Computers in Industry**, v. 56, n. 7, pp. 663-680, 2005.

FONAROW, G. C.; ABRAHAM, W. T.; ALBERT, N. M.; STOUGH, W. G.; GHEORGHIAD, M.; GREENBERG, B. H.; O'CONNOR, C. M.; PIEPER, K.; SUN, J. L.; YANCY, C.; YOUNG, J. B. **Journal of the American Medical Association**, v. 297, n. 1, pp. 61-70, 2007.

FORD, R. C.; BACH, S. A.; FOTTLER, M. D. Methods of Measuring Patient Satisfaction in Health Care Organizations. **Health Care Management Review**, v. 22, n. 2, pp. 74-89, 1997.

FORGIONE, D. A. Health Care Financial and Quality Measures: International Call for a 'Balanced Scorecard' Approach. **Journal of Health Care Finance**, v. 24, n. 1, pp. 55-58, 1997.

FORKER, L. B.; VICKERY, S. K.; DROGE, C. L. M. The Contribution of Quality to Business Performance. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 16, n. 8, pp. 44-62, 1996.

FORSYTH, B.; ROTHGEB, J.; WILLIS, D. Does Pretesting Make a Difference? *In*: S. Presser; J. M. Rothgeb; M. P. Couper; Lessler, J. T.; Martin, E.; Martin, J.; Singer, E. (Orgs.). **Methods for Testing and Evaluating Survey Questionnaires**. New York (Estados Unidos): Wiley & Sons, 2004.

FORTNEY, J.; ROST, K.; ZHANG, M.; WARREN, J. The Impact of Geographic Accessibility and Quality of Depression Treatment. **Medical Care**, v. 37, n. 9, pp. 884-893, 1999.

FORZA, C. Survey Research in Operations Management: A Process-Based Perspective. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 22, n. 2, pp. 152-194, 2002.

FRANCO-SANTOS, M.; KENNERLEY, M.; MICHEL, P.; MARTINEZ, V.; MASON, S.; MARR, B.; GRAY, D.; NEELY, A. Towards a Definition of a Business Performance Measurement System. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 27, n. 8, pp. 784-801, 2007.

FREEMAN, T. Using Performance Indicators to Improve Health Care Quality in the Public Sector: A Review of the Literature. **Health Services Management Research**, v. 15, n. 2, pp. 126-137, 2002.

FREZATTI, F. Management Accounting Profile of Firms Located in Brazil: A Field Study. **Brazilian Administrative Review**, v. 3, n. 1, pp. 73-87, 2005.

GAGNO, A. P.; VENTURI, E. P. C. Atuação dos Psicólogos que Trabalham em Empresas que Desenvolvem Programas de Qualidade. **Interação**, v. 6, 1997.

GALLOTTI, R. M. D. Eventos Adversos – O Que São? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, pp. 109-126, 2004.

GHALAYINI, A. M.; NOBLE, J. S. The Changing Basis of Performance Measurement. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 16, n. 8, pp. 63-80, 1996.

GHALAYINI, A. M.; NOBLE, J. S.; CROWE, T. J. An Integrated Dynamic Performance Measurement System for Improving Manufacturing Competitiveness. **International Journal of Production Economics**, v. 48, n. 3, pp. 207-225, 1997.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2006.

GILSON, L. Management and Health Care Reform in Sub-Saharan Africa. **Social Science & Medicine**, v. 40, n. 5, pp. 695-710, 1995.

GIUFFRIDA, A.; GRAVELLE, H.; ROLAND, M. Measuring Quality of Care with Routine Data: Avoiding Confusion Between Performance Indicators and Health Outcomes. **British Medical Journal**, v. 319, pp. 94-98, 1999.

GOODLAND, R. The Concept of Environmental Sustainability. **Annual Review of Ecology and Systematics**, v. 26, pp. 1-24, 1995.

GOOS, E. P.; VOZIKIS, G. S. Improving Health Care Organizational Management Through Neural Network Learning. **Health Care Management Science**, v. 5, n. 3, pp. 221-227, 2002.

GRAZIANO, K. U.; LACERDA, R. A.; TURRINI, R. T. N.; BRUNA, C. Q. M.; SILVA, C. P. R.; SCHMITT, C.; MORIYA, G. A. A.; TORRES, L. M. Indicators for Evaluation of Processing Dental-Medical-Hospital Supplies: Elaboration and Validation. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, edição especial 2, pp. 1174-1780, 2009.

GREGORY, M. J. Integrated Performance Measurement: A Review of Current Practices and Emerging Trends. **International Journal of Production Economics**, v. 30, n. 1, pp. 281-296, 1993.

GROSSKOPF, S.; VALDMANIS, V. Measuring Hospital Performance: A Non-Parametric Approach. **Journal of Health Economics**, v. 6, n. 2, pp. 89-107, 1987.

GULINI, P. L. **Ambiente Organizacional, Comportamento Estratégico e Desempenho Empresarial**. Um Estudo no Setor de Provedores de Internet de Santa Catarina. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade do Vale do Itajaí, Biguaçu, 2005.

GURGEL JÚNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade Total e Administração Hospitalar: Explorando Disjunções Conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, pp. 325-324, 2002.

HACKMAN, J. R.; WAGEMAN, R. Total Quality Management: Empirical, Conceptual and Practical Issues. **Administrative Science Quarterly**, v. 40, n. 2, pp. 309-341, 1995.

HARPER, P. R. A Framework for Operational Modeling of Hospital Resources. **Health Care Management Science**, v. 5, n. 3, pp. 165-173, 2002.

HASSON, F.; KEENEY, S.; MCKENNA, H. Research Guidelines for the Delphi Technique. **Journal of Advanced Nursing**, v. 32, n. 4, pp. 1008-1015, 2000.

HATRY, H. P. **Performance Measurement**. Getting Results. 2ª Ed. Washington (Estados Unidos): Urban Institute Press, 2007.

HAUSER, J.; KATZ, G. Metrics: You Are What You Measure! **European Management Journal**, v. 16, n. 5, pp. 517-528, 1998.

HAYES, R. H.; GARVIN, D. A. Managing as if Tomorrow Mattered. **Harvard Business Review**, v. 60, n. 3, pp. 70-79, 1982.

HELITO, R. A. B. Processos de Qualificação e Avaliação de Serviços de Saúde. *In*: M. D’Innocenzo (Org).. **Indicadores, Auditorias, Certificações**. Ferramentas de Qualidade para Gestão em Saúde. São Paulo: Martinari, 2006.

HENNESSEY JR., H. W.; BERNARDIN, H. J. The Relationship between Performance Appraisal Criterion Specificity and Statistical Evidence of Discrimination. **Human Resource Management**, v. 42, n. 2, pp. 143-158, 2003.

HIBBARD, J. H.; STOCKARD, J.; TUSLER, M. Hospital Performance Reports: Impact on Quality, Market Share, and Reputation. **Health Affairs**, v. 24, n. 4, pp. 1150-1160, 2005.

HOPWOOD, A. G. An Empirical Study of the Role of Accounting Data in Performance Evaluation. **Journal of Accounting Research**, v. 10, Empirical Research in Accounting: Selected Studies, pp. 156-182, 1972.

HOURNEAUX JR., F. **Avaliação de Desempenho Organizacional: Estudo de Casos de Empresas do Setor Químico**. Dissertação (Mestrado em Administração). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

HUERTA, T. R.; FORD, E. W.; PETERSON, L. T.; BRIGHAM, K. H. Testing the Hospital Value Proposition: An Empirical Analysis of Efficiency and Quality. **Health Care Management Review**, v. 33, n. 4, pp. 341-349, 2008.

HUNTER, D. J. The Changing Roles of the Health Care Personnel in Health and Health Care Management. **Social Science & Medicine**, v. 43, n. 5, pp. 799-808, 1996.

IBAÑEZ, N.; BITTAR, O. J. N. V.; SÁ, E. N. C.; YAMAMOTO, E. K.; ALMEIDA, M. F.; CASTRO, C. G. J. Organizações Sociais de Saúde: O Modelo do Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, pp. 391-404, 2001.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003**. Tabelas Seleccionadas. Rio de Janeiro: IBGE, 2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002/defaulttab.shtm> Acesso em: 20 Out. 2009.

_____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003**. Perfil das Despesas no Brasil. Indicadores Seleccionados. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.

_____. **Economia da Saúde**. Uma Perspectiva Macroeconômica 2000-2005. Estudos e Pesquisa. Informação Econômica, n. 9. Rio de Janeiro: IBGE, 2008a.

_____. **Produto Interno Bruto dos Municípios 2003-2006**. Contas Nacionais, n. 26. Rio de Janeiro: IBGE, 2008b.

_____. **IPCA Dessazonalizado**. Perentual Acumulado no Ano. Índice Geral. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/snipc/tabelaIPCA.asp> Acesso em: 24 Nov. 2009.

IJIRI, Y.; JAEDICKE, R. K. Reliability and Objectivity of Accounting Measurements. **The Accounting Review**, v. 41, n. 3, pp. 474-483, 1966.

INAMDAR, N.; KAPLAN, R. S.; BOWER, M. Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organizations. **Journal of Healthcare Management**, v. 47, n. 3, pp. 179-195, 2002.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the Quality Chasm**. A New Health System for the 21st Century. Washington: National Academy Press, 2001.

ISHIKAWA, K. **Controle da Qualidade Total à Maneira Japonesa**. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

ITTNER, C. D.; LARCKER, D. F. Are Nonfinancial Measures Leading Indicators of Financial Performance? An Analysis of Customer Satisfaction. **Journal of Accounting Research**, v. 36, Supplement: Studies on Enhancing the Financial Reporting Model, pp. 1-35, 1998.

IUDÍCIBUS, S. **Teoria da Contabilidade**. 3^a Ed. São Paulo: Atlas, 1993.

JACOBS, R. Alternative Methods to Examine Hospital Efficiency: Data Envelopment Analysis and Stochastic Frontier Analysis. **Health Care Management Science**, v. 4, n. 2, pp. 103-115, 2001.

JOHNSEN, A. Balanced Scorecard: Theoretical Perspectives and Public Management Implications. **Managerial Auditing Journal**, v. 16, n. 6, pp. 319-330, 2001.

JOHNSON, H. T.; KAPLAN, R. S. **Relevance Lost**. The Rise and Fall of Management Accounting. Boston (Estados Unidos): Harvard Business School Press, 1987.

JONES, J.; HUNTER, D. Qualitative Research: Consensus Methods for Medical and Health Services Research. **British Medical Journal**, v. 311, pp. 376-380, 1995.

JUNG, G.; JACQUES, J. E. Análise do Desempenho Hospitalar: Uma Abordagem Através do Balanced Scorecard e do Pensamento Sistêmico. In: 30º EnANPAD (Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração), 30, 2006, Salvador. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2006.

JURAN, J. M. **Managerial Breakthrough**. A New Concept of Manager's Job. New York (Estados Unidos): McGraw-Hill, 1969.

JURAN, J. M.; GRYNA, F. M. **Juran's Quality Control Handbook**. 4ª Ed. New York (Estados Unidos): McGraw-Hill, 1988.

KAMEL, H. The Measurement of the Organisational Performance: Case Study of the Economic Public Companies (EPC). **International Business Management**, v. 1, n. 4, pp. 118-129, 2007.

KANJI, G. K. Measurement of Business Excellence. **Total Quality Management**, v. 9, n. 7, pp. 633-643, 1998.

KAPLAN, B. Addressing Organizational Issues into the Evaluation of Medical Systems. **Journal of the American Medical Information Association**, v. 4, pp. 94-101, 1997.

KAPLAN, R. S. Measuring Manufacturing Performance: A New Challenge for Managerial Accounting Research. **Accounting Review**, v. 58, n. 4, pp. 686-703, 1983.

_____. Strategic Performance Measurement and Management in Nonprofit Organizations. **Nonprofit Management & Leadership**, v. 11, n. 3, pp. 353-370, 2001.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. The Balanced Scorecard: Measures that Drive Performance. **Harvard Business Review**, v. 70, n. 1 / 2, pp. 71-79, 1992.

_____; _____. **The Balanced Scorecard**. Translating Strategy into Action. Boston (Estados Unidos): Harvard Business School Press, 1996a.

_____; _____. Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. **Harvard Business Review**, v. 74, n. 1 / 2, pp. 75-85, 1996b.

_____; _____. Why Does Business Need a Balanced Scorecard? **Journal of Cost Management**, v. 11, n. 3, pp. 5-10, 1997.

_____; _____. Transforming the Balanced Scorecard from Performance Measurement to Strategic Management: Part I. **Accounting Horizons**, v. 15, n. 1, pp. 87-106, 2001.

_____; _____. **The Strategy Focused Organization**. How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment. Boston (Estados Unidos): Harvard Business School Press, 2004.

_____; _____. **Strategy Maps**. Converting Intangible Assets into Tangible Outcomes. Boston (Estados Unidos): Harvard Business School Press, 2004.

_____; _____. **Alignment**. Using the Balanced Scorecard to Create Corporate Synergies. Boston (Estados Unidos): Harvard Business School Press, 2006.

_____; _____. **The Execution Premium**. Linking Strategy to Operations for Competitive Advantage. Boston (Estados Unidos): Harvard Business School Press, 2008.

KASSAI, S. **Utilização da Análise Envoltória de Dados (DEA) na Análise de Demonstrações Contábeis**. Tese (Doutorado em Contabilidade e Controladoria). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

KAZANDJIAN, V. A.; LIED, T. **Healthcare Performance Measurement**. Systems Design and Evaluation. Wisc (Estados Unidos): American Society for Qualit Press, 1999.

KEATING, A. S. Determinants of Divisional Performance Evaluation Practices. **Journal of Accounting and Economics**, v. 24, n. 3, pp. 243-273, 1997.

KEEGAN, D. P.; EILER, R. G.; JONES, C. R. Are Your Performance Measures Obsolete? **Management Accounting**, June, pp. 45-50, 1989.

KEELER, E. B.; MELNICK, G.; ZWANZIGER, J. The Changing Effects of Competition on Non-Profit and For-Profit Hospital Pricing Behavior. **Journal of Health Economics**, v. 18, n. 1, pp. 69-86, 1999.

KEELEY, M. A Social-Justice Approach to Organizational Evaluation. **Administrative Science Quarterly**, v. 23, n. 2, pp. 272-292, 1978.

KEEN, J.; BUXTON, M.; PACKWOOD, T. Doctor and Resource Management: Incentives and Goodwill. **Health Policy**, v. 23, n. 1, pp. 71-82, 1993.

KEENE, J. H. Medical Waste: A Minimal Hazard. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, v. 12, n. 11, pp. 682-685, 1991.

KENNERLEY, M.; NEELY, A. Performance Measurement Frameworks: A Review. *In*: A. Neely (Org.). **Business Performance Measurement**. Theory and Practice. Cambridge (Inglaterra): Cambridge University Press, 2002.

KILSZTAJN, S.; ROSSBACH, A.; CÂMARA, M. B.; CARMO, M. S. N. Serviços de Saúde, Gastos e Envelhecimento da População Brasileira. **Revista Brasileira de Estudos da População**, v. 20, n. 1, pp. 93-108, 2003.

KIM, G.; PARK, C. S.; YOON, K. P. Identifying Investment Opportunities for Advanced Manufacturing Systems with Comparative-Integrated Performance Measurement. **International Journal of Production Economics**, v. 50, n. 1, pp. 23-33, 1997.

KLOETZEL, K.; BERTONI, A. M.; IRAZOQUI, M. C.; CAMPOS, V. P. G.; SANTOS, R. N. Controle de Qualidade em Atenção Primária à Saúde. I – A Satisfação do Usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 3, pp. 623-628, 1998.

KLOOT, L.; MARTIN, J. Strategic Performance Management: A Balanced Approach to Performance Management Issues in Local Government. **Management Accounting Research**, v. 11, n. 2, pp. 231-251, 2000.

KOCHERY, D. R.; STRAUSS, G. The Nonprofit Hospital and the Union. **Buffalo Law Review**, v. 9, n. 2, pp. 255-282, 1960.

KOLLBERG, B. **Performance Measurement Systems in Swedish Health Care Systems**. Doctoral Dissertation em Management and Industrial Engineering, n. 1092, Linköping (Suécia): Linköpings Universitet, 2007.

KOONTZ, H.; O'DONNELL, C. **Essentials of Administration**. New York (Estados Unidos): McGraw-Hill, 1974.

KOZAREK, R. A. Reuse of Disposable Equipment: One Medical Center's Approach to the Problem. **Gastrointestinal Endoscopy**, v. 41, n. 4, p. 323, 1995.

KOZIERKIEWICZ, A.; STAMIRSKI, M.; STYLO, W.; TRABKA, W. The Definition of Prices for Inpatient Care in Poland in the Absence of Cost Data. **Health Care Management Science**, v. 9, n. 3, pp. 281-286, 2006.

KUHN, T. S. **The Structure of Scientific Revolutions**. Chicago (Estados Unidos): University of Chicago Press, 1962.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. E. **Desempenho Hospitalar no Brasil**. Em Busca da Excelência. São Paulo: Singular, 2009.

LAITINEN, E. K. A Dynamic Performance Measurement System: Evidence from Small Finnish Technology Companies. **Scandinavian Journal of Management**, v. 18, n. 1, pp. 65-99, 2002.

LANDETA, J. Current Validity of the Delphi Method in Social Sciences. **Technological Forecasting and Social Change**, v. 73, n. 5, pp. 467-482, 2006.

LANDRY, M.; ORAL, M. In Search of a Valid View of Model Validation for Operations Research. **European Journal of Operations Research**, v. 66, n. 2, pp. 161-167, 1993.

LAPSLEY, I.; MITCHELL, F. The Accounting Challenge: Performance Measurement in the Private and Public Sectors. *In*: I. Lapsley; F. Mitchell (Orgs.). **Accounting and Performance Measurement**. Issues in the Private and Public Sectors. London (Inglaterra): Paul Chapman, 1996.

LAVIERI, C. A. **Sistemas de Avaliação de Desempenho Aplicados em Redes de Franquias**. Dissertação (Mestrado em Administração). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

LAVIERI, C. A.; CARNEIRO DA CUNHA, J. A. A Utilização da Avaliação de Desempenho Organizacional em Franquias. *In*: XXXIII EnANPAD (Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração), 33, 2009, São Paulo. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2009.

LEAPE, L. L. Errors in Medicine. **Clinica Chimica Acta**, v. 404, n. 1, pp. 2-5, 2009.

LEAPE, L. L.; BRENNAN, T. A.; LAIRD, N.; LAWTHERS, A. G.; LOCALIO, A. R.; BARNES, B. A.; HERBERT, L.; NEWHOUSE, J. P.; WEILER, P. C.; HIATT, H. The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. **New England Journal of Medicine**, v. 324, n. 6, pp. 377-384, 1991.

LEBAS, M. J. Performance Measurement and Performance Management. **International Journal of Production Economics**, v. 41, n. 1, pp. 23-35, 1995.

_____. Management Accounting in France. *In*: A. Bihmani (Org.). **Management Accounting**. European Perspectives. New York (Estados Unidos): Oxford University Press, 1996.

LEE, C. C.; HUFFMAN, G. L. Medical Waste Management / Incineration. **Journal of Hazardous Material**, v. 48, n. 1 / 3, pp. 1-30, 1996.

LETA, F. R.; SOARES DE MELLO, J. C. C. B.; GOMES, E. G.; ANGULO MEZA, L. Métodos de Melhora de Ordenação em DEA Aplicados à Avaliação Estática de Tornos Mecânicos. **Investigação Operacional**, v. 25, n. 2, pp. 229-242, 2005.

LETZA, S. R. The Design and Implementation of the Balanced Business Scorecard: An Analysis of Three Companies in Practice. **Business Process Reengineering & Management Journal**, v. 2, n. 3, pp. 54-76, 1996.

LEVITZ, G. S.; BROOKE JR., P. P. Independent versus System-Affiliated Hospitals: A Comparative Analysis of Financial Performance, Cost, and Productivity. **Health Services Research**, v. 20, n. 3, pp. 315-339, 1985.

LI, L. X.; BENTON, W. C. Performance Measurement Criteria in Health Care Organizations: Review and Future Research Directions. **European Journal of Operational Research**, v. 93, n. 3, pp. 449-468, 1996.

LIEN, H.; CHOU, S.; LIU, J. Hospital Ownership and Performance: Evidence from Stroke and Cardiac Treatment in Taiwan. **Journal of Health Economics**, v. 27, n. 5, pp. 1208-1223, 2008.

LIMA, S. M. L.; BARBOSA, P. R.; PORTELA, M. C.; UGÁ, M. A. D.; VASCONCELLOS, M. M.; GERSCHMAN, S. Caracterização Gerencial dos Hospitais Filantrópicos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, pp. 1249-1261, 2004.

LIMA, S. M. L.; PORTELA, M. C.; UGÁ, M. A. D.; BARBOSA, P. R.; GERSCHMAN, S.; VASCONCELLOS, M. M. Hospitais Filantrópicos e a Operação de Planos de Saúde Próprios no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, pp. 116-123, 2007.

LINS, M. E.; LOBO, M. S. C.; SILVA, A. C. M.; FISZMAN, R.; RIBEIRO, V. J. P. O Uso da Análise Envolvória de Dados para Avaliação de Hospitais Universitários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, pp. 985-998, 2007.

LINSTONE, H. A.; TUROFF, M. Introduction. *In*: H. A. Linstone; M. Turoff (Orgs.). **The Delphi Method**. Techniques and Applications. Reading (Estados Unidos): Addison-Wesley, 1975.

LITVACK, J. I.; BODART, C. User Fees Plus Quality Equals Improved Access To Health Care: Results of a Field Experiment in Cameroon. **Social Science & Medicine**, v. 37, n. 3, pp. 369-383, 1993.

LLEWELLYN, S. 'Two-Way Windows': Clinicians as Medical Managers. **Organization Studies**, v. 22, n. 4, pp. 593-623, 2001.

LOHMAN, C.; FORTUIN, L.; WOUTERS, M. Designing a Performance Measurement System: A Case Study. **European Journal of Operational Research**, v. 156, n. 2, pp. 267-286, 2004.

LOO, R. The Future of Management Training in Canadian Healthcare Organizations. **Journal of Management Development**, v. 16, n. 9, pp. 680-689, 1997.

LOPES, C. D.; LOPES, F. F. P. **Do Risco à Qualidade**. A Vigilância Sanitária nos Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA, 2008.

LORDEN, A.; COUSTASSE, A.; SINGH, K. P. The Balanced Scorecard Framework – A Case Study for Patient and Employee Satisfaction: What Happens When It Does Not Work as Planned? **Health Care Management Review**, v. 33, n. 2, pp. 145-155, 2008.

LOW, J.; SIESFELD, T. Measures that Matter: Non-Financial Performance. **Strategy & Leadership**, v. 26, n. 2, pp. 24-38, 1998.

LYNCH, R. L.; CROSS, K. F. **Measure Up**. The Essential Guide to Measuring Business Performance. London (Inglaterra): Mandarin, 1991.

MAIA, C. F. M.; FONSECA, D.; CARNEIRO DA CUNHA, M. X. Gestão da Informação Hospitalar: Uma Proposta a partir do Estudo de Caso de um Hospital Universitário de Recife. *In: XXXIII EnANPAD (Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração)*, 33, 2009, São Paulo. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2009.

MALIK, A. M. Desenvolvimento de Recursos Humanos, Gerência de Qualidade e Cultura das Organizações de Saúde. **RAE (Revista de Administração de Empresas)**, v. 32, n. 4, pp. 32-41, 1992.

_____. Qualidade e Avaliação nos Serviços de Saúde: Uma Introdução. *In: M. D’Innocenzo (Org.). Indicadores, Auditorias, Certificações*. Ferramentas de Qualidade para Gestão em Saúde. São Paulo: Martinari, 2006.

MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e Programas de Qualidade no Estado de São Paulo. **RAE (Revista de Administração de Empresas)**, v. 41, n. 3, pp. 51-59, 2001.

MALTZ, A. C.; SHENHAR, A. J.; REILLY, R. R. Beyond the Balanced Scorecard: Refining the Search for Organizational Success Measures. **Long Range Planning**, v. 36, n. 2, pp. 187-204, 2003.

MANNION, R.; GODDARD, M. Performance Measurement and Improvement in Health Care. **Applied Health Economics Health Policy**, v. 1, n. 1, pp. 13-23, 2002.

MARCHAND, M.; RAYMOND, L. Researching Performance Measurement Systems. An Information Systems Perspective. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 28, n. 7, pp. 663-686, 2008.

MARINHO, A. **Estudo de Eficiência em Alguns Hospitais Públicos e Privados com Geração de *Rankings***. Rio de Janeiro: IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), Texto para Discussão n. 794, 2001a.

_____. **Hospitais Universitários: Indicadores de Utilização e Análise de Eficiência**. Rio de Janeiro: IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), Texto para Discussão n. 833, 2001b.

MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. **Hospitais Universitários: Avaliação Comparativa de Eficiência Técnica**. Rio de Janeiro: IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), Texto para Discussão n. 805, 2001.

MARINHO, A.; MORENO, A. B.; CAVALINI, L. T. **Avaliação Descritiva da Rede Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Rio de Janeiro: IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), Texto para Discussão n. 848, 2001.

MARR, B.; GRAY, D.; NEELY, A. Why do Firms Measure their Intellectual Capital? **Journal of Intellectual Capital**, v. 4, n. 4, pp. 441-464, 2003.

MARR, B.; SCHIUMA, G.; NEELY, A. Intellectual Capital – Defining Key Performance Indicators for Organizational Knowledge Assets. **Business Process Management Journal**, v. 10, n. 5, pp. 551-569, 2004.

MARSDEN, J.; DOLAN, B.; HOLT, L. Nurse Practitioner Practice and Deployment: Electronic Mail Delphi Study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 43, n. 6, pp. 595-605, 2003.

MARTINDELL, J. **The Scientific Appraisal of Management**. A Study of the Business Practices of the Well Managed Companies. New York (Estados Unidos): Harper, 1950.

MARTINS, P. **Epidemiologia das Infecções Hospitalares em Centro de Terapia Intensiva de Adulto**. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

McGLYNN, E. A.; ASCH, S. M. Developing a Clinical Performance Measure. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 14, n. 3S, pp. 14-21, 1998.

MÉDICI, A. C. Saúde e Crise da Modernidade (Caminhos, Fronteiras e Horizontes). **Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 2, pp. 49-78, 1992.

MEINDL, J. R.; EHRLICH, S. B. The Romance of Leadership and the Evaluation of Organizational Performance. **Academy of Management Journal**, v. 30, n. 1, pp. 91-109, 1987.

MENDES, A. C. G.; ARAÚJO JÚNIOR, J. L. C. A.; FURTADO, B. M. A. S.; DUARTE, P. A.; SANTIAGO, R. F.; COSTA, T. R. Avaliação da Satisfação dos Usuários com a Qualidade do Atendimento nas Grandes Emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 9, n. 2, pp. 157-165, 2009.

MENDES, F. F.; MATHIAS, L. A. S. T.; DUVAL NETO, G. F.; BIRCK, A. R. Impacto da Implantação de Clínica de Avaliação Pré-Operatória em Indicadores de Desempenho. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 55, n. 2, pp. 175-187, 2005.

MENDES, W. **Avaliação de Ocorrência de Eventos Adversos em Hospitais no Brasil**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

MEYER, M. W.; GUPTA, V. The Performance Paradox. In: B. W. Staw; L. Cummings (Orgs.). **Research in Organizational Behavior**. Greenwich (Estados Unidos): JAI Press, 1994.

MIER, N.; ORY, M. G.; ZHAN, D.; CONKLING, M.; SHARKEY, J. R.; BURDINE, J. N. Health-Related Quality of Life Among Mexican Americans Living in Colonias at the Texas – Mexico Border. **Social Science & Medicine**, v. 66, n. 8, pp. 1760-1771, 2008.

MILLS, A. E.; SPENCER, E. M. Value Based Decision Making: A Tool for Achieving the Goals of Healthcare. **HEC Forum**, v. 17, n. 1, pp. 18-32, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Terminologia Básica em Saúde**. Textos Básicos em Saúde. 2ª Ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

MOERER, O.; SCHMID, A.; HOFMANN, M.; HERKLOTZ, A.; REINHART, K.; WERDAN, K.; SCHNEIDER, H.; BURCHARDI, H. Direct Costs of Severe Sepsis in Three German Intensive Care Units Based on Retrospective Electronic Patient Record Analysis of Resource Use. **Intensive Care Medicine**, v. 28, n. 10, pp. 1440-1446, 2002.

MOREIRA, V. R.; PROTIL, R. M. Levantamento de Requisitos de um Sistema de Informações Voltado ao Apoio à Gestão Logística Hospitalar: O Caso da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba / Aliança Saúde. In: XXIV ENEGEP (Encontro Nacional de Engenharia de Produção), 24, 2004, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ENEGEP, 2004.

MORRISEY, M. A.; WEDIG, G. J.; HASSAN, M. Do Nonprofit Hospitals Pay Their Way? **Health Affairs**, v. 15, n. 4, pp. 132-144, 1996.

MORSE, E. A. **The Temporal Dynamics of Entrepreneurial Growth: An Event Structure Analysis in an Entrepreneurial Firm**. Tese (PhD em Business Administration). Texas Tech University, Lubbock (Estados Unidos), 1998.

MOURITSEN, J.; LARSEN, H. T.; BUKH, P. N. Valuing the Future: Intellectual Capital Supplements at Skandia. **Accounting, Auditing and Accountability Journal**, v. 14, n. 4, pp. 399-422, 2001.

NANNI, A. J.; DIXON, J. R.; VOLLMANN, T. E. Strategic Control and Performance Measurement. **Journal of Cost Management**, v. 4, n. 2, pp. 33-42, 1990.

NASCIMENTO, C. C. P.; TOFFOLETTO, M. C.; GONÇALVES, L. A.; FREITAS, W. G.; PADILHA, K. G. Indicators of Healthcare Results: Analysis of Adverse Events During Hospitals Stays. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 16, n. 4, pp. 746-751, 2008.

NASCIMENTO, S.; BORTOLUZZI, S. C.; DUTRA, A. Mapeamento dos Indicadores de Desempenho Organizacional em Pesquisas da Área de Administração, Contabilidade e Turismo, no Período de 2000 a 2008. In: XXXIII EnANPAD (Encontro da Associação

Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração), 33, 2009, São Paulo. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2009.

NASSERE, N. **Da Desconstrução do Aparato Manicomial à Implementação da “Política Pública” de Saúde Mental CAPS – O Caso de Santa Cruz do Sul/RS**. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional). Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2007.

NATARAJAN, R. Informativeness of Performance Measures in the Presence of Reporting Discretion. **Journal of Accounting, Auditing & Finance**, v. 19, n. 1, pp. 61-83, 2004.

NEELY, A. Three Modes of Measurement: Theory and Practice. **International Journal of Business Performance Management**, v. 1, n. 1, pp. 47-64, 1998.

_____. The Performance Measurement Revolution: Why Now and What Next? **International Journal of Operations & Production Management**, v. 19, n. 2, pp. 205-228, 1999.

_____. The Evolution of Performance Measurement Research. Development from the Last Decade and a Research Agenda for the Next. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 25, n. 12, pp. 1264-1277, 2005.

NEELY, A.; ADAMS, C. Perspectives on Performance. The Performance Prism. **Journal of Cost Management**, v. 15, n. 1, pp. 7-15, 2001.

NEELY, A.; ADAMS, C.; CROWE, P. The Performance Prism in Practice. **Measuring Business Excellence**, v. 5, n. 2, pp. 6-12, 2001.

NEELY, A.; ADAMS, C.; KENNERLEY, M. **The Performance Prism**. The Scorecard for Measuring and Managing Business Success. London (Inglaterra): Prentice Hall, 2002.

NEELY, A.; GREGORY, M.; PLATTS, K. Performance Measurement System Design. A Literature Review and Research Agenda. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 15, n. 4, pp. 80-116, 1995.

NEELY, A.; KENNERLEY, M. P.; ADAMS, C. A. **The New Measurement Crisis**. The Performance Prism as Solution. Cranfield (Estados Unidos): Cranfield School of Management, 2000a.

NEELY, A.; MILLS, J.; PLATTS, K.; RICHARDS, H.; GREGORY, M.; BOURNE, M. Performance Measurement System Design: Developing and Testing a Process-Based Approach. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 20, n. 10, pp. 1119-1145, 2000b.

NEELY, A.; RICHARDS, H.; MILLS, J.; PLATTS, K.; BOURNE, M. Designing Performance Measures. A Structured Approach. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 17, n. 11, pp. 1131-1152, 1997.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety Culture Assessment: A Tool for Improving Patient Safety in Healthcare Organizations. **Quality & Safety in Health Care**, v. 12, pp. ii17-ii23, 2003.

NORONHA, M. F.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Proposta de Indicadores e Padrões para a Avaliação de Qualidade da Atenção Hospitalar: O Caso da Asma Crônica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 2, pp. 43-58, 1996.

NØRREKLIT, H. The Balance on Balanced Scorecard – A Critical Analysis of Some of Its Assumptions. **Management Accounting Research**, v. 11, n. 1, pp. 65-88, 2000.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de Programas , Serviços e Tecnologias em Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, pp. 547-559, 2000.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. História das Primeiras Instituições para Alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 12, n. 3, pp. 983-1010, 2005.

OLIVEIRA, A. R.; MENDES, F. F.; OLIVEIRA, M. Os Clientes e a Avaliação Pré-Operatória Ambulatorial. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 53, n. 1, pp. 83-88, 2003.

OLIVEIRA, G. T.; MARTINS, R. A. Medição de Desempenho em Empresas Ganadoras do Prêmio Nacional de Qualidade. *In: XXV ENEGEP (Encontro Nacional de Engenharia de Produção)*, 25, 2005, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: ENEGEP, 2005.

OLIVEIRA, M. T. N.; GIUSTI, A. C. C. Orçamento, Finanças e Custos em Administração Hospitalar. *In: E. L. Gonçalves (Org.). Gestão Hospitalar. Administrando o Hospital Moderno*. São Paulo: Saraiva, 2006.

OLSON, E. M.; SLATER, S. F. The Balanced Scorecard, Competitive Strategy and Performance. **Business Horizons**, v. 45, n. 3, pp. 11-17, 2002.

OTLEY, D. Performance Management: A Framework for Management Control Systems Research. **Management Accounting Research**, v. 10, n. 4, pp. 363-382, 1999.

_____. Measuring Performance: The Accounting Perspective. *In: A. Neely (Org.). Business Performance Measurement. Theory and Practice*. Cambridge (Inglaterra): Cambridge University Press, 2002.

PACE, E. S. U.; BASSO, L. F. C.; SILVA, M. A. Indicadores de Desempenho como Direcionadores de Valor. **RAC (Revista de Administração Contemporânea)**, v. 7, n. 1, pp. 37-65, 2003.

PAPENHAUSEN, C.; EINSTEIN, W. Implementing the Balanced Scorecard at a College Business. **Measuring Business Excellence**, v. 10, n. 6, pp. 15-22, 2006.

PAULY, M. V. Nonprofit Firms in Medical Markets. **American Economic Review**, v. 77, n. 2, pp. 257-262, 1987.

PERERA, S.; HARRISON, G.; POOLE, M. Customer-Focused Manufacturing Strategy and the Use of Operations-Based Non-Financial Performance Measures: A Research Note. **Accounting, Organizations and Society**, v. 22, n. 6, pp. 557-572, 1997.

PERROW, C. The Analysis of Goals in Complex Organizations. **American Sociological Review**, v. 26, n. 6, pp. 854-866, 1961.

PETERSEN, L. A.; WOODARD, L. D.; URECH, T.; DAW, C.; SOOKANAN, S. Does Pay-For-Performance Improve the Quality of Health Care? **Annals of Internal Medicine**, v. 145, n. 4, pp. 265-272, 2006.

PINK, G. H.; MCKILLOP, I.; SCHRAA, E. G.; PREYRA, C.; MONTGOMERY, C.; BAKER, G. R. Creating a Balanced Scorecard for a Hospital System. **Journal of Health Care Finance**, v. 27, n. 3, pp. 1-20, 2001.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos Qualitativos na Pesquisa em Saúde. *In*: POPE, C.; MAYS, N. (Orgs). **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PORTELA, M. C.; LIMA, S. M. L.; BARBOSA, P. R.; VASCONCELLOS, M. M.; UGÁ, M. A. D.; GERSCHMAN, S. Caracterização Assistencial de Hospitais Filantrópicos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, pp. 811-818, 2004.

PORTER, M. E. **Competitive Strategy**. Techniques for Analyzing Industries and Competitors. New York (Estados Unidos): Free Press, 1985.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a Saúde**. Estratégias para Melhorar a Qualidade e Reduzir os Custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

POWELL, C. The Delphi Technique: Myths and Realities. **Journal of Advanced Nursing**, v. 41, n. 4, pp. 376-382, 2003.

POWELL, T. C. Total Quality Management as Competitive Advantage: A Review and Empirical Study. **Strategic Management Journal**, v. 16, n. 1, pp. 15-37, 1995.

PRESSER, S.; COUPER, M. P.; LESSLER, J. T.; MARTIN, E.; ROTHGEB, J. M.; SINGER, E. Methods for Testing and Evaluating Survey Questions. **Public Opinion Quarterly**, v. 68, n. 1, pp. 109-130, 2004.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm> Acessado em: 31 Jan. 2010.

PROCHNIK, V.; FONSECA, A. C. **Balanced Scorecard no Setor da Saúde**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2006.

PROSAÚDE. **Assessoria, Administração, Consultoria**. 2010. Disponível em: <http://www.prosaude.org.br/oquefazemos.asp?id=1> Acessado em: 19 Set. 2010.

PROITE, A.; SOUSA, M. C. S. Eficiência Técnica, Economias de Escala, Estrutura da Propriedade e Tipo de Gestão no Sistema Hospitalar Brasileiro. *In: XXXII Encontro Nacional de Economia*, 32, 2004, João Pessoa. **Anais...** Associação Nacional dos Centros de Pós-Graduação em Economia (ANPEC), 2004.

PROTTI, D. A Proposal to Use a Balanced Scorecard to Evaluate Information for Health: An Information Strategy for the Modern NHS (1998-2005). **Computers in Biology and Medicine**, v. 32, n. 3, pp. 221-236, 2002.

QUAYE, R. K. Swedish Physicians: Perspective on the Introduction of the Stockholm Model. **Journal of Management in Medicine**, v. 11, n. 4, pp. 246-255, 1997.

RADNOR, Z. J.; BARNES, D. Historical Analysis of Performance Measurement and Management in Operations Management. **International Journal of Productivity and Performance Management**, v. 56, n. 5 / 6, pp. 384-396, 2007.

RAIMUNDINI, S. L.; SOUZA, A. A.; STRUETT, M. A. M.; BOTELHO, E. M. Aplicabilidade do Custeio Baseado em Atividades e Análise de Custos em Hospitais Públicos. *In: XXVII EnANPAD (Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração)*, 27, 2003, Atibaia. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2003.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil**. Conceitos e Aplicações. 2ª Ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

REDER, M. Some Problems in the Economics of Hospitals. **American Economic Review**, v. 55, n. 1 / 2, pp. 472-480, 1965.

REICHELSTEIN, S. Investment Decisions and Managerial Performance Evaluation. **Review of Accounting Studies**, v. 2, n. , pp. 157-180, 1997.

RETZLAFF-ROBERTS, D. L. Relating Discriminant Analysis and Data Envelopment Analysis to One Another. **Computer & Operations Research**, v. 23, n. 4, pp. 311-322, 1996.

RIDGWAY, V. F. Dysfunctional Consequences of Performance Measurements. **Administrative Science Quarterly**, v. 1, n. 2, pp. 240-247, 1956.

ROBBINS, S. A. **O Processo Administrativo**. Integrando Teoria e Prática. São Paulo: Atlas, 1978.

ROBERTS, A. Integrating Strategy with Performance Measures. **Management Development Review**, v. 7, n. 6, pp. 13-15, 1994.

ROCHA, I.; BEUREN, I. M.; HEIN, N. Rentabilidade de Empresas que utilizam o Balanced Scorecard (BSC) versus Empresas que Utilizam Somente Indicadores de Desempenho Financeiros. *In*: XXVI Simpósio de Gestão da Inovação Tecnológica, 26, 2010, Vitória. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2010.

ROLIM, C. L. R. C. **Avaliação da Efetividade do Tratamento Hospitalar do Acidente Vascular Cerebral Agudo no Sistema Único de Saúde – SUS – Utilização da Mortalidade Hospitalar como Indicador de Desempenho**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

ROSENTHAL, M. B.; FERNANDOPULLE, R.; SONG, H. S. R.; LANDON, B. Paying for Quality: Providers' Incentives for Quality Improvement. **Health Affairs**, v. 23, n. 2, pp. 127-141, 2004.

ROSENTHAL, M. B.; FRANK, R. G.; LI, Z.; EPSTEIN, A. M. Early Experience with Pay-for-Performance: From Concept to Practice. **Journal of the American Medical Association**, v. 294, n. 14, pp. 1788-1793, 2005.

ROY, S. Managing Intellectual Capital: The Work with the Navigator in the Skandia Group. **Journal of Human Resource Costing & Accounting**, v. 4, n. 1, pp. 59-67, 1999.

RUBIN, H. R.; PRONOVOST, P.; DIETTE, G. B. The Advantages and Disadvantages of Process-Based Measures of Health Care Quality. **International Journal of Quality in Health Care**, v. 13, n. 6, pp. 469-474, 2001.

SACKETT, D. L.; ROSENBERG, W. M. C.; GRAY, J. A. M.; HAYNES, R. B.; RICHARDSON, W. S. Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't. **British Medical Journal**, v. 312, n. 7023, pp. 71-72, 1996.

SAHNEY, V. K. Balanced Scorecard as a Framework for Driving Performance in Managed Care Organizations. **Managed Care Quarterly**, v. 6, n. 2, pp. 1-8, 1998.

SALES JUNIOR, J. A. L.; DAVID, C. M.; HATUM, R.; SOUZA, P. C. S. P.; JAPIASSÚ, A.; PINHEIRO, C. T. S.; FRIEDMAN, G.; SILVA, O. B.; DIAS, M. D.; KOTERBA, E.; DIAS, F. S.; PIRAS, C.; AMIB, G. E. S. F.; LUIZ, R. R. Sepsis Brasil: Estudo Epidemiológico da Sepsis em Unidades de Terapia Intensiva Brasileiras. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 18, n. 1, pp. 9-17, 2006.

SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, F.; ABELLÁN-PERPIÑÁN, M.; MARTÍNEZ-PÉREZ, J.; PUIG-JUNOY, J. Cost Accounting and Public Reimbursement Schemes in Spanish Hospitals. **Health Care Management Science**, v. 9, n. 3, pp. 225-232, 2006.

SCHALTEGGER, S.; WAGNER, M. Integrative Management of Sustainability Performance, Measurement and Reporting. **International Journal of Accounting, Auditing and Performance Evaluation**, v. 3, n. 1, pp. 1-19, 2006.

SCHIESARI, L. M. C.; KISIL, M. A Avaliação da Qualidade nos Hospitais Brasileiros. **RAS (Revista de Administração em Saúde)**, v. 5, n. 18, pp. 7-17, 2003.

SCHIESARI, L. M.; MALIK, A. M. A Gestão da Qualidade nos Hospitais Brasileiros. *In*: E. L. Gonçalves (Org.). **Gestão Hospitalar**. Administrando o Hospital Moderno. São Paulo: Saraiva, 2006a.

_____; _____. Instrumentos Utilizados na Prática Diária da Gestão da Qualidade. *In*: E. L. Gonçalves (Org.). **Gestão Hospitalar**. Administrando o Hospital Moderno. São Paulo: Saraiva, 2006b.

SCHMIDT, M. L. G. Qualidade Total e Certificação ISO 9000: História, Imagem e Poder. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 20, n. 3, pp. 16-23, 2000.

SCHNEIDERMAN, A. M. Why Balanced Scorecards Fail. **Journal of Strategic Performance Measurement**, Special Edition 6, pp. 6-11, 1999.

SCHOLTEN, G. R. M.; VAN DER GRINTEN, T. E. D. Between Physician and Manager: New Co-operation Models in Dutch Hospitals. **Journal of Management in Medicine**, v. 12, n. 1, pp. 33-43, 1998.

SCHULZ, R.; JOHNSON, A. C. **Management of Hospitals**. New York: McGraw-Hill, 1976.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, pp. 80-91, 1994.

SCOTT, G. Customer Satisfaction: Six Strategies for Continuous Improvement. **Journal of Healthcare Management**, v. 46, n. 2, pp. 82-85, 2001.

SEIFORD, L. M. Data Envelopment Analysis: The Evolution of the State of the Art (1978-1995). **Journal of Productivity Analysis**, v. 7, n. 2 / 3, pp. 99-137, 1996.

SELF, J. Metrics and Management: Applying the Results of the Balanced Scorecard. **Performance Measurement and Metrics**, v. 5, n. 3, pp. 101-105, 2004.

SHANKMAN, N. A. Reframing the Debate between Agency and Stakeholders Theories of the Firm. **Journal of Business Ethics**, v. 21, n. 4, pp. 319-334, 1999.

SHORTELL, S. M.; KALUZNY, A. D. Organization Theory and Health Services Management. *In*: S. M. Shortell; A. D. Kaluzny (Orgs.). **Health Care Management. Organization Design and Behavior**. 4ª Ed. Albany (Estados Unidos): Delmar, 2000.

SILVA, A. M. M.; BRANDALIZE, A. A Moderna Administração Hospitalar. **Terra e Cultura**, v. 22, n. 42, pp. 56-67, 2006.

SILVA, C. P. R.; NORA, A. M. Indicadores de Qualidade. *In*: E. R. Leão; C. P. R. Silva; D. C. Alvarenga; S. H. F. Mendonça (Orgs.). **Qualidade em Saúde e Indicadores como Ferramenta de Gestão**. São Caetano do Sul: Yendis, 2008.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, pp. 80-91, 1994.

SILVA, R. M. **A Teoria Organizacional do Planejamento Estratégico Situacional e a Gestão no Setor Saúde: Uma Análise da Experiência da Santa Casa de Misericórdia do Pará**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1994.

SILVEIRA, F. G.; OSÓRIO, R. G.; PIOLA, S. F. Os Gastos das Famílias com Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, pp. 719-731, 2002.

SIM, K. L.; KOH, H. C. Balanced Scorecard: A Rising Trend in Strategic Performance Measurement. **Measuring Business Excellence**, v. 5, n. 2, pp. 18-26, 2001.

SIMONS, R. **Performance Measurement & Control Systems for Implementing Strategy**. Text & Cases. New Jersey (Estados Unidos): Prentice-Hall, 2000.

SINCLAIR, D.; ZAIRI, M. Performance Measurement: A Critical Analysis of the Literature with Respect to Total Quality Management. **International Journal of Management Review**, v. 2, n. 2, pp. 145-168, 2000.

SINGLETON-GREEN, B. Measure for Measure. **Accountancy**, v. 139, p. 102, 2007.

SKANDIA. **Institucional**. Disponível em: <http://www.skandia.com> Acesso em: 17 Jun. 2007.

SLOAN, T. W. Safety-Cost Trade-offs in Medical Device Reuse: A Markov Decision Process Model. **Health Care Management Science**, v. 10, n. 1, pp. 81-93, 2007.

SMITH, P. C.; GODDARD, M. Performance Management and Operational Research: A Marriage Made in Heaven? **Journal of the Operational Research Society**, v. 53, n. 3, pp. 247-255, 2002.

SOARES DE MELO, J. C. C. B.; ANGULO MEZA, L.; GOMES, E. G.; BIONDI NETO, L. Curso de Análise de Envoltória de Dados. *In*: XXXVII Simpósio Brasileiro de Pesquisa Operacional, 27, 2005, Gramado. **Anais...** Sociedade Brasileira de Pesquisa Operacional, 2005.

SOUZA, D. E.; WILLIAMS, F. P. Appropriateness of the Stakeholder Approach to Measuring Manufacturing Performance. **Journal of Managerial Issues**, v. 12, n. 2, pp. 227-246, 2000.

SPAGNOL, C. A.; FERRAZ, C. A. Tendências e Perspectivas da Administração em Enfermagem: Um Estudo na Santa Casa de Belo Horizonte-MG. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 1, pp. 15-20, 2002.

SPENCER, B. A. Models of Organization and Total Quality Management: A Comparison and Critical Evaluation. **Academy of Management Review**, v. 19, n. 3, pp. 446-471, Special Issue "Total Quality", 1994.

STEVENS, S. S. On the Theory of Scales of Measurement. **Science**, p. 677, 1946.

STEWART, G. B. **The Quest for Value**. New York (Estados Unidos): Harper Business, 1990.

SWAYNE, L. E.; DUNCAN, W. J.; GINTER, P. M. **Strategic Management of Health Care Organizations**. 6ª Ed. San Francisco (Estados Unidos): Jossey-Bass, 2008.

TAGUCHI, G.; CLAUSING, D. Robust Quality. **Harvard Business Review**, v. 90, n. 1, pp. 65-75, 1990.

TARABOULSI, F. A. **Serviços Hospitalares**. Teoria e Prática. Compreender para Atender e Surpreender. São Paulo: Reichmann & Autores Editores, 2005.

TATICCHI, P. Performance Measurement and Management: What Is Next? **International Journal of Productivity and Performance Management**, v. 59, n. 2, Guest Editorial, 2010.

TATICCHI, P.; BALACHANDRAN, K. R. Forward Performance Measurement and Management Integrated Frameworks. **International Journal of Accounting and Information Management**, v. 16, n. 2, pp. 140-154, 2008.

THANASSOULIS, E. A Comparison of Regression Analysis and Data Envelopment Analysis as Alternative Methods for Performance Assessments. **Journal of Operational Research Society**, v. 44, n. 11, pp. 1129-1144, 1993.

THE SIGMA PROJECT. **The Sigma Guidelines – Putting Sustainable Development into Practice**. A Guide for Organizations. London (Inglaterra): BSI, 2003.

THOMAS, E. J.; PETERSEN, L. A. Measuring Errors and Adverse Events in Health Care. **Journal of General Internal Medicine**, v. 18, n. 1, pp. 61-67, 2003.

THOMSON, R. G.; LALLY, J. Performance Management at the Crossroads in NHS: Don't Go Into the Red. **Quality in Health Care**, v. 9, pp. 201-202, 2000.

THORPE, R.; BEASLEY, T. The Characteristics of Performance Management Research. Implications and Challenges. **International Journal of Productivity and Performance Management**, v. 53, n. 4, pp. 334-344, 2004.

TITTON, L. A.; CARNEIRO DA CUNHA, J. A.; GONÇALVES, M. A.; CORRÊA, H. L. The Accessibility Paradox in Health Services: Global and Individual Costs. *In*: 7th European Conference on Health Economics, 7, 2008, Roma (Itália). **Anais...** iHEA (European Conference Committee of the International Health Economics Association), 2008.

TOWNEND, W. K.; CHEESEMAN, C. R. Guidelines for the Evaluation and Assessment of the Sustainable Use of Resources and of Wastes Management at Healthcare Facilities. **Waste Management & Research**, v. 23, n. 5, pp. 398-408, 2005.

TRAVASSOS, C.; NORONHA, J. C.; MARTINS, M. Mortalidade Hospitalar como Indicador de Qualidade: Uma Revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, pp. 367-381, 1999.

TURCHI, L. M. **Qualidade Total: Afinal, de que Estamos Falando?** Brasília: IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), Texto para Discussão n. 459, 1997.

UNGLERT, C. V. S.; ROSENBURG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos Serviços de Saúde. Uma Abordagem de Geografia em Saúde Pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, pp. 439-446, 1987.

VALDMANIS, V. G.; ROSKO, M. D.; MUTTER, R. L. Hospital Quality, Efficiency, and Input Slack Differentials. **Health Services Research**, v. 43, n. 2, pp. 1830-1848, 2008.

VAN PEURSEM, K. A.; PRATT, M. J.; LAWRENCE, S. R. Health Management Performance. A Review of Measures and Indicators. **Accounting, Auditing & Accountability Journal**, v. 8, n. 5, pp. 34-70, 1995.

VAIVIO, J. Exploring a ‘Non-Financial’ Management Accounting Change. **Management Accounting Research**, v. 10, n. 4, pp. 409-437, 1999.

VENKATRAMAN, N.; RAMANUJAM, V. Measurement of Business Performance in Strategy Research: A Comparison of Approaches. **Academy of Management Review**, v. 11, n. 4, pp. 801-814, 1986.

VERGARA, S. C. **Métodos de Pesquisa em Administração**. 3ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

VERHAGEN, A. P.; VET, H. C. W.; BIE, R. A.; KESSELS, A. G. H.; BOERS, M.; BOUTER, L. M.; KNIPSCHILD, P. G. The Delphi List: A Criteria List for Quality

Assessment of Randomized Clinical Trials for Conducting Systematic Reviews Developed by Delphi Consensus. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 51, n. 12, pp. 1235-1241, 1998.

VIACAVA, F.; ALMEIDA, C.; CAETANO, R.; FAUSTO, M.; MACINKO, J.; MARTINS, M.; NORONHA, J. C.; NOVAES, H. M. D.; OLIVEIRA, E. S.; PORTO, S. M.; SILVA, L. M. V.; SZWARCOWALD, C. L. Uma Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, pp. 711-724, 2004.

VICKREY, D. W. Is Accounting a Measurement Discipline? **The Accounting Review**, v. 45, n. 4, pp. 731-742, 1970.

VLASTARAKOS, P. V.; NIKOLOPOULOS, T. P. The Interdisciplinary Model of Hospital Administration: Do Health Professionals and Managers Look at It in the Same Way. **European Journal of Public Health**, pp. 1-6, 2007.

WAAL, A. A. Behavioral Factors Important for the Successful Implementation and Use of Performance Management Systems. **Management Decision**, v. 41, n. 8, pp. 688-697, 2003.

WARDEN, G. L.; GRIFFITH, J. R. Ensuring Management Excellence in the Healthcare System. **Journal of Healthcare Management**, v. 46, n. 4, p. 228-237, 2001.

WEINER, B. J.; ALEXANDER, J. A.; SHORTELL, S. M.; BAKER, L. C.; BECKER, M.; GEPPERT, J. J. Quality Improvement Implementation and Hospital Performance on Quality Indicators. **Health Services and Research**, v. 41, n. 2, pp. 307-334, 2006.

WERNER, R. M.; BRADLOW, E. T. Relationship Between Medicare's Hospital Compare Performance Measures and Mortality Rates. **Journal of the American Medical Association**, v. 296, n. 22, pp. 2694-2702, 2006.

WOERD, F. V. D.; BRINK, T. Feasibility of a Responsive Business Scorecard – A Pilot Study. **Journal of Business Ethics**, v. 55, n. 2, pp. 173-186, 2004.

WONG-ON-WING, B.; GUO, L.; LI, W.; YANG, D. Reducing Conflict in Balanced Scorecard Evaluations. **Accounting, Organizations and Society**, v. 32, n. 4 / 5, pp. 363-377, 2007.

XAVIER, A. C. R.; BATISTA, F. F.; MARRA, F.; LONGO, R. M. J. **Implantando a Gestão da Qualidade em Hospitais: A Experiência da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – RS**. Brasília: IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), Texto para Discussão n. 486, 1997.

YANG, M.; TUNG, Y. Using Path Analysis to Examine Causal Relationships Among Balanced Scorecard Performance Indicators for General Hospitals: The Case of a Public Hospital System in Taiwan. **Health Care Management Review**, v. 31, n. 4, pp. 280-288, 2006.

YBAÑEZ, N.; ROCHA, J. S. Y.; CASTRO, P. C.; RIBEIRO, M. C. S. A.; FORSTER, A. C.; NOVAES, M. H. D.; VIANA, A. L. D. Avaliação do Desempenho da Atenção Básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, pp. 683-703, 2006.

YOKOMIZO, C. A. **Avaliação de Desempenho Organizacional: Um Estudo Exploratório em Empresas Brasileiras de Desenvolvimento de Softwares**. Dissertação (Mestrado em Administração). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

YOKOMIZO, C. A.; CARNEIRO DA CUNHA, J. A.; CORRÊA, H. L. Mapping Literature to Find Approaches for Evaluating Organizational Performance: The First Step Toward Innovative Concepts and Practices. *In*: 5th Conference on Performance Measurement and Management Control, 5, 2009, Nice (França). **Anais...** Brussels (Bélgica): EIASM (The European Institute for Advanced Studies in Management), 2009.

YONG, J.; WILKINSON, A. The State of Total Quality Management: A Review. **International Journal of Human Resource Management**, v. 10, n. 1, pp. 137-161, 1999.

ZELMAN, W. N.; PINK, G. H.; MATTHIAS, C. B. Use of the Balanced Scorecard in Health Care. **Journal of Health Care Finance**, v. 29, n. 4, pp. 1-16, 2003.

ZINGALES, F.; HOCKERTS, K. **Balanced Scorecard and Sustainability**. Examples from Literature and Practice. INSEAD Working Paper n. 30. Fontainebleau (França), 2003.

ZUCATO, L. C.; SANTOR, U. M.; BEBER, S.; WEBER, R. Proposição de Indicadores de Desempenho na Gestão Pública. **ConTexto**, v. 9, n. 16, pp. 1-24, 2009.

ZUCCHI, P.; BITTAR, O. J. N. V. Funcionários por Leito: Estudo em Alguns Hospitais Públicos e Privados. **Revista de Administração em Saúde**, v. 4, n. 14, pp. 1-7, 2002.

ZUCCHI, P.; BITTAR, O. J. N. V.; HADDAD, N. Produtividade em Hospitais de Ensino no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Pan-americana de Salud Publica**, v. 4, n. 5, pp. 311-316, 1998.

ZUCKERMAN, A. M. Creating a Vision for the Twenty-First Century Healthcare Organization. **Journal of Healthcare Management**, v. 45, n. 5, pp. 305-306, 2000.

APÊNDICE I. Roteiro de validação dos indicadores para o modelo de avaliação de desempenho de hospitais filantrópicos

Pesquisa: indicadores para avaliação de desempenho de hospitais filantrópicos

Essa pesquisa tem como objetivo validar as variáveis relevantes para a avaliação de desempenho das organizações de saúde, mais especificamente, de hospitais filantrópicos. Pretende-se com isso estabelecer os critérios importantes para se avaliar e comparar o desempenho dessas organizações de saúde.

A) Faça um breve resumo de qual é a sua experiência profissional com gestão de organizações de saúde, incluindo a quantidade de anos que você tem experiência com gestão hospitalar.
(exemplo: Diretor da área de Controladoria e Finanças do Hospital Alfa e consultor de Qualidade Hospitalar, com 12 anos de experiência em gestão hospitalar)

B) Conforme sua opinião, assinale com "x" o grau de importância para cada um dos indicadores a seguir na avaliação de desempenho das organizações de saúde (focando-se especificamente em hospitais filantrópicos).
(o nível 1 o grau de menor importância e o nível 5 é o grau de maior importância).

	Nada importante 1	2	3	4	Extremamente importante 5
1. Perspectiva financeira					
1.1. Viabilidade financeira (a)	1	2	3	4	5
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> $\frac{\text{Receitas totais do hospital no ano}}{\text{Custos totais + despesas totais do hospital no ano}}$ </div> <p><small>custos são os gastos utilizados no atendimento do paciente e despesas são os gastos consumidos para obtenção de receitas (atividades relacionadas às áreas comerciais, administrativas e financeiras)</small></p>					
1.2. Viabilidade financeira (b)	1	2	3	4	5
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> $\frac{\text{Receita total do hospital no ano}}{\text{Quantidade de pacientes atendidos no ano}}$ </div>					
1.3. Eficiência operacional	1	2	3	4	5
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> $\frac{\text{Receitas operacionais totais do hospital no ano}}{\text{Despesas operacionais totais do hospital no ano}}$ </div>					
1.4. Liquidez financeira	1	2	3	4	5
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> $\frac{\text{Dinheiro em caixa no fim do ano + Títulos negociáveis * no fim do ano}}{\text{Valor de endividamento do hospital no fechamento do ano}}$ </div> <p><small>* títulos negociáveis são instrumentos que no curto prazo podem ser convertidos em dinheiro (exemplo: cheques)</small></p>					
1.5. Despesas de capital	1	2	3	4	5
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> $\frac{\text{Despesas com equipamentos* no ano}}{\text{Despesas totais do hospital no ano}}$ </div> <p><small>* despesas com equipamentos envolvem compras mais despesas com reparos</small></p>					

2. Perspectiva da qualidade

2.1. Experiência da equipe médica	1	2	3	4	5
-----------------------------------	---	---	---	---	---

Número de anos (em média) de experiência prática do corpo médico

2.2. Treinamento	1	2	3	4	5
------------------	---	---	---	---	---

Número médio de horas de treinamento prático oferecido para a equipe médica no

* não incluem treinamentos para conhecimentos administrativos, apenas treinamentos práticos (operacionais)

2.3. Acreditações	1	2	3	4	5
-------------------	---	---	---	---	---

Número de creditações emitidas por entidades externas que o hospital tem

2.4. Percepção da qualidade do serviço prestado	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Quantidade de *feedbacks* formais de pacientes e / ou familiares foram coletados no ano para busca de melhoria do serviço prestado

* *feedbacks* são retornos e análises críticas que pacientes e familiares dão sobre o atendimento recebido

3. Perspectiva da acessibilidade

3.1. atendimentos realizados - cirurgias	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Número total de cirurgias no ano

3.2. atendimentos realizados - consultas	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Número total de consultas no ano

3.3. atendimentos realizados - internações	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Número total de internações no ano

3.4. atendimentos realizados - exames	1	2	3	4	5
---------------------------------------	---	---	---	---	---

Número total de exames realizados

3.5. Localização	1	2	3	4	5
------------------	---	---	---	---	---

Quantidade de habitantes que a localização do hospital atende

4. Perspectiva dos processos internos

4.1. Tempo médio de espera	1	2	3	4	5
----------------------------	---	---	---	---	---

Tempo médio de espera* para consultas

* trata-se do tempo de espera entre a solicitação de atendimento e o atendimento realizado.

4.2. Tempo médio de permanência	1	2	3	4	5
---------------------------------	---	---	---	---	---

$\frac{\text{Quantidade de pacientes-dia no ano}}{\text{Número de saídas no ano}}$

4.3. Taxa de rotatividade - saídas	1	2	3	4	5
------------------------------------	---	---	---	---	---

$\frac{\text{Número de saídas* no ano}}{\text{Número de leitos-operacionais}}$

* saídas = óbitos + altas + transferências

4.4. Taxa de rotatividade - dias internação	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

$\frac{\text{Número de dias de internação em um ano}}{\text{Número de leitos-operacionais}}$

4.5. Taxa de ocupação - pacientes dia	1	2	3	4	5
---------------------------------------	---	---	---	---	---

$\frac{\text{Quantidade de pacientes-dia no ano}}{\text{Número de leitos-dia no ano}}$

5. Perspectiva de capacidades

5.1. Capacidade de atendimento - quadro de funcionários	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

$\frac{\text{Quantidade total de funcionários*}}{\text{Quantidade total de leitos}}$

* para funcionários consideram-se empregados do hospital mais terceiros

5.2. Capacidade de atendimento - quadro de médicos	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

$\frac{\text{Quantidade de médicos}}{\text{Quantidade total de leitos}}$

5.3. Capacidade de infra-estrutura - leitos	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Número de leitos

5.4. Capacidade de infra-estrutura - tx ocupação	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Taxa de ocupação dos leitos hospitalares

5.5. Área construída	1	2	3	4	5
----------------------	---	---	---	---	---

Área construída total em m² do hospital

5.6. Número de salas ativas	1	2	3	4	5
-----------------------------	---	---	---	---	---

Número de salas ativadas de ambulatório, emergência e cirurgias

5.7. Investimento em tecnologia	1	2	3	4	5
<div>Recursos gastos no ano para compra de equipamentos tecnológicos</div> <div>quanto se gastou em reais para compra de máquinas e equipamentos</div>					
5.8. Retenção de pacientes	1	2	3	4	5
<div>Frequência de retornos dos pacientes para continuidade do tratamento</div>					
5.9. Taxa de mortalidade	1	2	3	4	5
<div>Número total de óbitos no ano</div> <div>Quantidade de pessoas atendimentos no ano</div>					
5.10. Taxa de cesária	1	2	3	4	5
<div>Cesárias realizadas durante o ano</div> <div>Total de partos realizados durante o ano</div>					
6. Segurança					
6.1. Taxa de infecção hospitalar	1	2	3	4	5
<div>Quantidade de eventos adversos no ano *</div> <div>Quantidade de saídas no ano</div>					
* quantidade de casos de sepse (ou infecção hospitalar) ocorridas no ano					
6.2. Descarte do lixo hospitalar	1	2	3	4	5
<div>Score baseado no nível de cuidados com o lixo hospitalar conforme presença dos elementos a seguir:</div> <div>(1) Cuidado da alta administração com o lixo hospitalar (Presença de ISO 14000); (2) Presença de comitê consultor da equipe, pacientes ou saúde e segurança; (3) Presença de avaliação e controle dos riscos do lixo hospitalar; (4) Existência de políticas que assegurem a economia de energia e água no hospital; (5) Existência de coordenação na rede de fornecedores de forma a reduzir as embalagens, materiais usados e reciclagem; (6) Presença de políticas de administração do lixo que garantam a segregação do lixo, envio de materiais para destruição e profissionais especializados; (7) Existência de coleta de lixo compactadora para materiais não perigosos e presença de transporte específico para materiais perigosos; (8) Reutilização de materiais quando possíveis e reciclagem de lixo; (9) Incineração dos materiais perigosos usados; (10) Aterro sanitário isolado</div>					
6.3. Re-utilização de materiais hospitalares	1	2	3	4	5
<div>Quantidade de materiais encontrados sujos após inspeção (visual + testes químicos)</div> <div>Quantidade total de materiais analisados</div>					

C) Descrever, conforme sua experiência, quais outros indicadores você julga serem importantes para a avaliação de desempenho das organizações de saúde (focando-se especificamente em hospitais filantrópicos)

APÊNDICE II. Questionário para coleta de dados de hospitais filantrópicos

Pesquisa: indicadores de eficiência nos hospitais filantrópicos

Essa pesquisa tem como objetivo coletar dados sobre a avaliação de desempenho das organizações de saúde, mais especificamente, de hospitais filantrópicos. Pretende-se com isso estabelecer quais indicadores podem melhor representar a eficiência dos hospitais filantrópicos.

Lembrando que os dados coletados referem-se sempre aos valores obtidos no final do exercício do **ano de 2009**.

DADOS FINANCEIROS	Valores em R\$
1. Receitas totais do hospital em 2009	_____
2. Custos totais do hospital em 2009 <i>custos são os gastos utilizados no atendimento do paciente e despesas são os gastos consumidos para obtenção de receitas (atividades relacionadas às áreas comerciais, administrativas e financeiras)</i>	_____
3. Despesas totais do hospital em 2009 <i>custos são os gastos utilizados no atendimento do paciente e despesas são os gastos consumidos para obtenção de receitas (atividades relacionadas às áreas comerciais, administrativas e financeiras)</i>	_____
4. Caso os itens (2) e (3) não estejam divididos no seu hospital, favor apresentar o valor geral com os custos mais despesas do hospital em 2009	_____
5. Receitas operacionais do hospital no ano de 2009	_____
6. Despesas operacionais do hospital em 2009	_____
7. Dinheiro em caixa no fim de 2009	_____
8. Títulos negociáveis no final de 2009 <i>títulos negociáveis são instrumentos que no curto prazo podem ser convertidos em dinheiro (exemplo: cheques)</i>	_____
9. Valor de endividamento do hospital no fechamento de 2009	_____
10. Despesas com equipamentos em 2009 <i>despesas com equipamentos envolvem compras mais despesas com reparos</i>	_____
11. Ativo Operacional em 31/12/2009	_____
12. Passivo Operacional em 31/12/2009	_____
13. Receitas obtidas pelo SUS em 2009	_____
14. Receitas obtidas por convênios em 2009	_____
15. Gastos totais com pessoal em 2009 <i>salários + despesas com pessoal</i>	_____
16. Gastos variáveis totais em 2009 <i>gastos variáveis são aqueles cujos valores mudam conforme o aumento / diminuição dos serviços realizados. Caso você não saiba quais são esses gastos, você pode procurar o departamento de custos do hospital</i>	_____

FEEDBACK DO SERVIÇO PRESTADO	Em quantidade
17. Quantidade de <i>feedbacks</i> formais de pacientes e / ou familiares que foram coletados em 2009 para busca de melhoria do serviço prestado	_____
* <i>feedbacks</i> são retornos e análises críticas formais que pacientes e / ou familiares fornecem sobre o atendimento realizado	

CERTIFICAÇÕES**Em quantidade**

18. Número de credenciações emitidas por entidades externas que o hospital tinha em 31 de dezembro de 2009

Quais?

DADOS DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL**Em quantidade**

19. Quantidade total de pacientes atendidos em 2009 (todos os tipos de atendimento)

considera-se para atendimento as internações, as consultas, os exames, etc.

20. Quantidade total de pacientes-dia que o hospital teve em 2009

21. Número total de cirurgias realizadas em 2009

22. Número total de consultas realizadas em 2009

23. Número total de internações realizadas em 2009

24. Número total de exames realizados em 2009

25. Número total de saídas em 2009

saídas = óbitos + altas + transferências

26. Número total de óbitos após atendimento médico em 2009

27. Número de leitos-dia que o hospital tinha em 31/DEZ/2009

sejam eles ocupados ou não

28. Número de leitos operacionais que o hospital tinha em 31/DEZ/2009

sejam eles ocupados ou não

29. Número total de leitos que o hospital tinha em 31/DEZ/2009

sejam eles ocupados ou não

30. Número total de funcionários em 31/DEZ/2009

para funcionários consideram-se empregados do hospital mais terceiros

31. Número de eventos adversos ocorridos ao longo de 2009

consideram-se os eventos adversos a quantidade de casos de sepse (ou infecção hospitalar) ocorridas no ano de 2009

32. Quantidade total de atendimentos via SUS em 2009

se aplicável, substituir o valor de repasse do SUS pelo valor do contrato de publicização

33. Quantidade de retornos ao hospital pelo mesmo CID em 2009

CID: Código Internacional de Doenças

TEMPO DE ATENDIMENTO**Em horas / minutos / dias**

34. Tempo médio de espera para consultas

trata-se do tempo de espera entre a solicitação de atendimento e o atendimento de fato realizado

se não houver consultas no hospital, considerar o tempo médio de espera para exames considerar o tempo em dias e, se aplicável, em horas e minutos

FATURAMENTO	Em dias
-------------	---------

35. Tempo médio de faturamento

o tempo que o hospital levou, em média, para receber o pagamento dos serviços prestados em 2009

caso esse recebimento não seja por faturamento, considerar o tempo médio de recebimento que o hospital tem

CONTINUIDADE DO TRATAMENTO	Em quantidade
----------------------------	---------------

36. Número de pacientes atendidos em 2009 e que foram avaliados como que necessitavam de retorno e continuidade no tratamento

37. Número de pacientes que, de fato, retornam para a continuidade do tratamento em 2009

38. Caso não exista o dado para as perguntas (36) e (37), favor providenciar a frequência de retornos dos pacientes para continuidade do tratamento

39. Número de pacientes re-internados em 2009 com o mesmo CID do atendimento anterior

REUTILIZAÇÃO DE MATERIAIS	Em quantidade
---------------------------	---------------

Caso o hospital não tenha as quantidades requeridas nas próximas duas perguntas, mas existe uma porcentagem referente à pergunta, por favor, responda pela porcentagem

40. Quantidade de materiais encontrados sujos após inspeção
considera-se para inspeção, a inspeção realizada por teste químico (por meio de integrador ou desinfetadora) ou visual

41. Quantidade total de materiais inspecionados para verificação de esterilização adequada

QUESTÕES AMBIENTAIS E DE SUSTENTABILIDADE	sim ou não
---	------------

42. O hospital tem a certificação ISO 14000?

43. O hospital tem um comitê consultor para discutir assuntos referentes ao lixo hospitalar?

44. O hospital tem alguma política interna que assegura a economia de energia e água?

45. O hospital tem uma coordenação entre os fornecedores para reduzir o uso de embalagens e materiais utilizados?

46. O hospital tem uma política interna de administração do lixo que garanta a segregação do lixo e o envio de materiais a serem destruídos para profissionais especializados em destruição de lixo hospitalar?

47. O hospital tem coleta de lixo por compactadora para materiais não perigosos e transporte específico para materiais perigosos?

48. Quando possível, o hospital re-utiliza materiais?

49. O hospital tem reciclagem de lixo?

50. O hospital (ou algum terceiro) incinera os materiais perigosos após serem utilizados?

51. O lixo do hospital vai para um aterro sanitário isolado?

ANEXO I. Alvos das DMUs para busca da eficiência

Variável	Atual	Radial	Folga	Alvo	Variável	Atual	Radial	Folga	Alvo
DMU1 (eficiência:0,834458)					DMU36 (eficiência:1,000000)				
tespera	80	80	43,68489	36,315109	tespera	60	60	0	60
func	143	143	0	143	func	505	505	0	505
leito	27	27	0	27	leito	153	153	0	153
tfatura	60	60	3,643902	56,356098	tfatura	60	60	0	60
custo	11.469.262,00	11.469.262,00	0	11.469.262,00	custo	31.483.577,61	31.483.577,61	0	31.483.577,61
interna	790	946,722827	1.034,40	1.981,12	interna	10.895,00	10.895,00	0	10.895,00
atendtos	69.503,00	83.291,24	0	83.291,24	atendtos	232.130,00	232.130,00	0	232.130,00
patient	26.907,00	32.244,90	71.998,11	104.243,01	patient	357.924,00	357.924,00	0	357.924,00
receitas	11.404.683,00	13.667.181,94	0	13.667.181,94	receitas	25.291.192,37	25.291.192,37	0	25.291.192,37
DMU2 (eficiência:1,000000)					DMU37 (eficiência:1,000000)				
tespera	40	40	0	40	tespera	30	30	0	30
func	505	505	0	505	func	340	340	0	340
leito	156	156	0	156	leito	54	54	0	54
tfatura	35	35	0	35	tfatura	60	60	0	60
custo	37.515.857,00	37.515.857,00	0	37.515.857,00	custo	19.112.738,00	19.112.738,00	0	19.112.738,00
interna	7.294,00	7.294,00	0	7.294,00	interna	2.120,00	2.120,00	0	2.120,00
atendtos	347.026,00	347.026,00	0	347.026,00	atendtos	176.769,00	176.769,00	0	176.769,00
patient	380.411,00	380.411,00	0	380.411,00	patient	275.053,00	275.053,00	0	275.053,00
receitas	40.284.007,00	40.284.007,00	0	40.284.007,00	receitas	21.211.012,00	21.211.012,00	0	21.211.012,00
DMU3 (eficiência:0,991116)					DMU38 (eficiência:0,998827)				
tespera	40	40	0	40	tespera	20	20	0	20
func	570	570	34,344179	535,655821	func	278	278	0	278
leito	101	101	0	101	leito	99	99	18,984943	80,015057
tfatura	90	90	34,586276	55,413724	tfatura	40	40	14,821466	25,178534
custo	32.942.639,00	32.942.639,00	0	32.942.639,00	custo	15.104.514,00	15.104.514,00	0	15.104.514,00
interna	6.664,00	6.723,74	0	6.723,74	interna	6.558,00	6.565,70	0	6.565,70
atendtos	261.583,00	263.927,85	0	263.927,85	atendtos	17.640,00	17.660,71	17.417,39	35.078,11
patient	352.062,00	355.217,91	0	355.217,91	patient	63.839,00	63.913,97	0	63.913,97
receitas	35.854.254,00	36.175.654,08	0	36.175.654,08	receitas	14.366.202,00	14.383.072,44	0	14.383.072,44
DMU4 (eficiência:1,000000)					DMU39 (eficiência:1,000000)				
tespera	150	150	0	150	tespera	45	45	0	45
func	240	240	0	240	func	571	571	0	571

leito	65	65	0	65	leito	228	228	0	228
tfatura	30	30	0	30	tfatura	30	30	0	30
custo	11.433.217,85	11.433.217,85	0	11.433.217,85	custo	32.737.370,26	32.737.370,26	0	32.737.370,26
interna	3.529,00	3.529,00	0	3.529,00	interna	9.824,00	9.824,00	0	9.824,00
atendtos	86.389,00	86.389,00	0	86.389,00	atendtos	243.521,00	243.521,00	0	243.521,00
pacient	221.842,00	221.842,00	0	221.842,00	pacient	537.933,00	537.933,00	0	537.933,00
receitas	12.430.216,28	12.430.216,28	0	12.430.216,28	receitas	32.155.472,25	32.155.472,25	0	32.155.472,25
DMU5 (eficiência:0,713712)					DMU40 (eficiência:1,000000)				
tespera	30	30	0	30	tespera	50	50	0	50
func	549	549	126,533503	422,466497	func	790	790	0	790
leito	116	116	0	116	leito	108	108	0	108
tfatura	90	90	49,380094	40,619906	tfatura	30	30	0	30
custo	21.064.926,21	21.064.926,21	0	21.064.926,21	custo	54.915.233,00	54.915.233,00	0	54.915.233,00
interna	5.567,00	7.800,06	0	7.800,06	interna	5.933,00	5.933,00	0	5.933,00
atendtos	105.734,00	148.146,49	0	148.146,49	atendtos	317.678,00	317.678,00	0	317.678,00
pacient	45.802,00	64.174,30	84.713,85	148.888,15	pacient	577.820,00	577.820,00	0	577.820,00
receitas	20.517.294,92	28.747.282,99	0	28.747.282,99	receitas	56.882.105,00	56.882.105,00	0	56.882.105,00
DMU6 (eficiência:1,000000)					DMU41 (eficiência:1,000000)				
tespera	60	60	0	60	tespera	45	45	0	45
func	421	421	0	421	func	325	325	0	325
leito	132	132	0	132	leito	45	45	0	45
tfatura	30	30	0	30	tfatura	45	45	0	45
custo	8.715.413,34	8.715.413,34	0	8.715.413,34	custo	8.779.314,00	8.779.314,00	0	8.779.314,00
interna	3.815,00	3.815,00	0	3.815,00	interna	2.489,00	2.489,00	0	2.489,00
atendtos	228.714,00	228.714,00	0	228.714,00	atendtos	234.579,00	234.579,00	0	234.579,00
pacient	241.542,00	241.542,00	0	241.542,00	pacient	309.638,00	309.638,00	0	309.638,00
receitas	8.899.800,00	8.899.800,00	0	8.899.800,00	receitas	8.800.549,00	8.800.549,00	0	8.800.549,00
DMU7 (eficiência:1,000000)					DMU42 (eficiência:1,000000)				
tespera	15	15	0	15	tespera	40	40	0	40
func	221	221	0	221	func	119	119	0	119
leito	65	65	0	65	leito	59	59	0	59
tfatura	20	20	0	20	tfatura	40	40	0	40
custo	7.633.102,65	7.633.102,65	0	7.633.102,65	custo	5.485.836,00	5.485.836,00	0	5.485.836,00
interna	1.816,00	1.816,00	0	1.816,00	interna	2.204,00	2.204,00	0	2.204,00
atendtos	10.077,00	10.077,00	0	10.077,00	atendtos	123.129,00	123.129,00	0	123.129,00
pacient	65.841,00	65.841,00	0	65.841,00	pacient	142.926,00	142.926,00	0	142.926,00

receitas	9.348.962,00	9.348.962,00	0	9.348.962,00	receitas	5.103.329,00	5.103.329,00	0	5.103.329,00
DMU8 (eficiência:1,000000)					DMU43 (eficiência:0,715172)				
tespera	30	30	0	30	tespera	30	30	0	30
func	200	200	0	200	func	101	101	0	101
leito	80	80	0	80	leito	52	52	6,179031	45,820969
tfatura	30	30	0	30	tfatura	30	30	0	30
custo	10.120.500,93	10.120.500,93	0	10.120.500,93	custo	4.413.608,32	4.413.608,32	0	4.413.608,32
interna	5.279,00	5.279,00	0	5.279,00	interna	1.717,00	2.400,82	0	2.400,82
atendtos	200.817,00	200.817,00	0	200.817,00	atendtos	26.942,00	37.672,08	46.383,21	84.055,29
pacient	207.556,00	207.556,00	0	207.556,00	pacient	75.911,00	106.143,77	0	106.143,77
receitas	9.977.146,51	9.977.146,51	0	9.977.146,51	receitas	2.256.274,52	3.154.871,94	862.546,14	4.017.418,08
DMU9 (eficiência:1,000000)					DMU44 (eficiência:1,000000)				
tespera	40	40	0	40	tespera	30	30	0	30
func	115	115	0	115	func	662	662	0	662
leito	16	16	0	16	leito	172	172	0	172
tfatura	63	63	0	63	tfatura	60	60	0	60
custo	7.321.800,76	7.321.800,76	0	7.321.800,76	custo	27.186.692,57	27.186.692,57	0	27.186.692,57
interna	1.521,00	1.521,00	0	1.521,00	interna	15.766,00	15.766,00	0	15.766,00
atendtos	124.160,00	124.160,00	0	124.160,00	atendtos	40.728,00	40.728,00	0	40.728,00
pacient	81.932,00	81.932,00	0	81.932,00	pacient	80.426,00	80.426,00	0	80.426,00
receitas	7.395.058,41	7.395.058,41	0	7.395.058,41	receitas	24.165.941,51	24.165.941,51	0	24.165.941,51
DMU10 (eficiência:1,000000)					DMU45 (eficiência:1,000000)				
tespera	10	10	0	10	tespera	30	30	0	30
func	98	98	0	98	func	20	20	0	20
leito	465	465	0	465	leito	27	27	0	27
tfatura	30	30	0	30	tfatura	30	30	0	30
custo	6.860.100,30	6.860.100,30	0	6.860.100,30	custo	464.365,57	464.365,57	0	464.365,57
interna	742	742	0	742	interna	828	828	0	828
atendtos	90.051,00	90.051,00	0	90.051,00	atendtos	9.905,00	9.905,00	0	9.905,00
pacient	64.597,00	64.597,00	0	64.597,00	pacient	10.224,00	10.224,00	0	10.224,00
receitas	6.860.100,30	6.860.100,30	0	6.860.100,30	receitas	492.264,65	492.264,65	0	492.264,65
DMU11 (eficiência:0,758491)					DMU46 (eficiência:1,000000)				
tespera	120	120	76,365756	43,634244	tespera	60	60	0	60
func	393	393	0	393	func	199	199	0	199
leito	97	97	0	97	leito	100	100	0	100
tfatura	60	60	11,902052	48,097948	tfatura	30	30	0	30

custo	31.867.148,00	31.867.148,00	0	31.867.148,00	custo	7.859.211,00	7.859.211,00	0	7.859.211,00
interna	3.080,00	4.060,69	1.005,95	5.066,64	interna	5.880,00	5.880,00	0	5.880,00
atendtos	168.520,00	222.177,92	0	222.177,92	atendtos	47.780,00	47.780,00	0	47.780,00
pacient	199.288,00	262.742,66	0	262.742,66	pacient	96.829,00	96.829,00	0	96.829,00
receitas	29.884.802,00	39.400.326,39	0	39.400.326,39	receitas	11.758.046,00	11.758.046,00	0	11.758.046,00
DMU12 (eficiência:1,000000)					DMU47 (eficiência:1,000000)				
tespera	32	32	0	32	tespera	10	10	0	10
func	489	489	0	489	func	24	24	0	24
leito	125	125	0	125	leito	16	16	0	16
tfatura	35	35	0	35	tfatura	30	30	0	30
custo	60.677.403,95	60.677.403,95	0	60.677.403,95	custo	543.943,63	543.943,63	0	543.943,63
interna	4.143,00	4.143,00	0	4.143,00	interna	184	184	0	184
atendtos	191.135,00	191.135,00	0	191.135,00	atendtos	983	983	0	983
pacient	242.727,00	242.727,00	0	242.727,00	pacient	7.621,00	7.621,00	0	7.621,00
receitas	63.527.242,30	63.527.242,30	0	63.527.242,30	receitas	613.950,08	613.950,08	0	613.950,08
DMU13 (eficiência:1,000000)					DMU48 (eficiência:1,000000)				
tespera	180	180	0	180	tespera	25	25	0	25
func	394	394	0	394	func	50	50	0	50
leito	105	105	0	105	leito	38	38	0	38
tfatura	27	27	0	27	tfatura	40	40	0	40
custo	31.807.895,00	31.807.895,00	0	31.807.895,00	custo	1.283.894,41	1.283.894,41	0	1.283.894,41
interna	3.191,00	3.191,00	0	3.191,00	interna	850	850	0	850
atendtos	196.698,00	196.698,00	0	196.698,00	atendtos	29.253,00	29.253,00	0	29.253,00
pacient	228.562,00	228.562,00	0	228.562,00	pacient	18.619,00	18.619,00	0	18.619,00
receitas	29.599.511,00	29.599.511,00	0	29.599.511,00	receitas	1.379.207,50	1.379.207,50	0	1.379.207,50
DMU14 (eficiência:0,646864)					DMU49 (eficiência:1,000000)				
tespera	40	40	0	40	tespera	15	15	0	15
func	261	261	0	261	func	63	63	0	63
leito	72	72	0	72	leito	24	24	0	24
tfatura	40	40	0	40	tfatura	45	45	0	45
custo	12.058.605,23	12.058.605,23	0	12.058.605,23	custo	2.610.573,30	2.610.573,30	0	2.610.573,30
interna	4.192,00	6.480,50	0	6.480,50	interna	1.535,00	1.535,00	0	1.535,00
atendtos	2.394,00	3.700,93	49.191,45	52.892,38	atendtos	35.338,00	35.338,00	0	35.338,00
pacient	42.175,00	65.199,20	33.687,41	98.886,61	pacient	43.399,00	43.399,00	0	43.399,00
receitas	11.235.699,31	17.369.497,89	0	17.369.497,89	receitas	1.554.937,37	1.554.937,37	0	1.554.937,37
DMU15 (eficiência:1,000000)					DMU50 (eficiência:0,593728)				

tespera	60	60	0	60	tespera	30	30	0	30
func	397	397	0	397	func	54	54	16,794,298	37,205,702
leito	101	101	0	101	leito	40	40	14,444,347	25,555,653
tfatura	100	100	0	100	tfatura	30	30	0	30
custo	25.716.741,48	25.716.741,48	0	25.716.741,48	custo	1.224.909,00	1.224.909,00	0	1.224.909,00
interna	9.150,00	9.150,00	0	9.150,00	interna	827	1.392,89	0	1.392,89
atendtos	148.834,00	148.834,00	0	148.834,00	atendtos	3.088,00	5.201,04	6.249,26	11.450,30
pacient	77.780,00	77.780,00	0	77.780,00	pacient	12.798,00	21.555,34	793,369,556	22.348,71
receitas	25.570.619,06	25.570.619,06	0	25.570.619,06	receitas	1.129.374,00	1.902.175,19	0	1.902.175,19
DMU16 (eficiência:1,000000)					DMU51 (eficiência:1,000000)				
tespera	60	60	0	60	tespera	12	12	0	12
func	163	163	0	163	func	31	31	0	31
leito	40	40	0	40	leito	45	45	0	45
tfatura	60	60	0	60	tfatura	45	45	0	45
custo	12.571.310,00	12.571.310,00	0	12.571.310,00	custo	1.206.864,27	1.206.864,27	0	1.206.864,27
interna	1.427,00	1.427,00	0	1.427,00	interna	296	296	0	296
atendtos	134.542,00	134.542,00	0	134.542,00	atendtos	22.530,00	22.530,00	0	22.530,00
pacient	225.467,00	225.467,00	0	225.467,00	pacient	44.084,00	44.084,00	0	44.084,00
receitas	6.176.444,00	6.176.444,00	0	6.176.444,00	receitas	1.264.323,27	1.264.323,27	0	1.264.323,27
DMU17 (eficiência:0,807779)					DMU52 (eficiência:1,000000)				
tespera	90	90	46,104,583	43,895,417	tespera	40	40	0	40
func	598	598	373,866,994	224,133,006	func	12	12	0	12
leito	202	202	130,624,888	71,375,112	leito	24	24	0	24
tfatura	30	30	0	30	tfatura	60	60	0	60
custo	8.090.228,00	8.090.228,00	0	8.090.228,00	custo	523.202,66	523.202,66	0	523.202,66
interna	3.285,00	4.066,71	0	4.066,71	interna	575	575	0	575
atendtos	75.426,00	93.374,55	0	93.374,55	atendtos	4.912,00	4.912,00	0	4.912,00
pacient	31.548,00	39.055,24	88.270,11	127.325,34	pacient	15.425,00	15.425,00	0	15.425,00
receitas	10.298.000,00	12.748.535,94	0	12.748.535,94	receitas	556.622,79	556.622,79	0	556.622,79
DMU18 (eficiência:1,000000)					DMU53 (eficiência:1,000000)				
tespera	180	180	0	180	tespera	30	30	0	30
func	382	382	0	382	func	17	17	0	17
leito	94	94	0	94	leito	36	36	0	36
tfatura	50	50	0	50	tfatura	45	45	0	45
custo	15.562.756,88	15.562.756,88	0	15.562.756,88	custo	49.990,02	49.990,02	0	49.990,02
interna	9.521,00	9.521,00	0	9.521,00	interna	745	745	0	745

atendtos	46.104,00	46.104,00	0	46.104,00	atendtos	225	225	0	225
patient	168.561,00	168.561,00	0	168.561,00	patient	854	854	0	854
receitas	14.821.830,67	14.821.830,67	0	14.821.830,67	receitas	42.986,55	42.986,55	0	42.986,55
DMU19 (eficiência:0,899446)					DMU54 (eficiência:1,000000)				
tespera	45	45	0	45	tespera	30	30	0	30
func	155	155	0	155	func	84	84	0	84
leito	82	82	8,960296	73,039704	leito	61	61	0	61
tfatura	60	60	11,313436	48,686564	tfatura	60	60	0	60
custo	6.053.861,51	6.053.861,51	0	6.053.861,51	custo	1.409.716,99	1.409.716,99	0	1.409.716,99
interna	4.848,00	5.389,98	0	5.389,98	interna	1.979,00	1.979,00	0	1.979,00
atendtos	19.833,00	22.050,23	13.474,66	35.524,90	atendtos	10.752,00	10.752,00	0	10.752,00
patient	37.593,00	41.795,72	33.870,27	75.665,98	patient	37.592,00	37.592,00	0	37.592,00
receitas	6.813.828,86	7.575.581,99	0	7.575.581,99	receitas	2.041.737,10	2.041.737,10	0	2.041.737,10
DMU20 (eficiência:1,000000)					DMU55 (eficiência:0,776876)				
tespera	10	10	0	10	tespera	30	30	0	30
func	28	28	0	28	func	104	104	0	104
leito	34	34	0	34	leito	71	71	8,309246	62,690754
tfatura	45	45	0	45	tfatura	45	45	4,784341	40,215659
custo	918.520,19	918.520,19	0	918.520,19	custo	4.521.155,40	4.521.155,40	0	4.521.155,40
interna	1.075,00	1.075,00	0	1.075,00	interna	3.016,00	3.882,21	0	3.882,21
atendtos	15.604,00	15.604,00	0	15.604,00	atendtos	28.759,00	37.018,76	9.120,70	46.139,46
patient	18.783,00	18.783,00	0	18.783,00	patient	51.220,00	65.930,70	0	65.930,70
receitas	1.004.574,72	1.004.574,72	0	1.004.574,72	receitas	4.616.743,61	5.942.700,59	0	5.942.700,59
DMU21 (eficiência:0,844048)					DMU56 (eficiência:1,000000)				
tespera	40	40	0	40	tespera	180	180	0	180
func	19	19	0	19	func	382	382	0	382
leito	36	36	4,478959	31,521041	leito	94	94	0	94
tfatura	45	45	0	45	tfatura	50	50	0	50
custo	406.891,35	406.891,35	0	406.891,35	custo	15.562.756,88	15.562.756,88	0	15.562.756,88
interna	885	1.048,52	0	1.048,52	interna	9.521,00	9.521,00	0	9.521,00
atendtos	237	280,789655	2.505,15	2.785,94	atendtos	46.104,00	46.104,00	0	46.104,00
patient	885	1.048,52	8.535,05	9.583,57	patient	168.561,00	168.561,00	0	168.561,00
receitas	406.891,35	482.071,23	0	482.071,23	receitas	14.821.830,67	14.821.830,67	0	14.821.830,67
DMU22 (eficiência:0,789112)					DMU57 (eficiência:1,000000)				
tespera	30	30	0	30	tespera	30	30	0	30
func	41	41	0	41	func	75	75	0	75

leito	57	57	38,916963	18,083037	leito	75	75	0	75
tfatura	60	60	30,154843	29,845157	tfatura	60	60	0	60
custo	1.639.210,26	1.639.210,26	0	1.639.210,26	custo	1.837.649,00	1.837.649,00	0	1.837.649,00
interna	2.160,00	2.737,25	0	2.737,25	interna	3.585,00	3.585,00	0	3.585,00
atendtos	640	811,038064	5.970,70	6.781,74	atendtos	631	631	0	631
pacient	2.756,00	3.492,53	39.086,20	42.578,73	pacient	16.630,00	16.630,00	0	16.630,00
receitas	753.194,28	954.483,17	125.142,04	1.079.625,21	receitas	2.971.895,72	2.971.895,72	0	2.971.895,72
DMU23 (eficiência:0,593728)					DMU58 (eficiência:1,000000)				
tespera	30	30	0	30	tespera	20	20	0	20
func	54	54	16,794298	37,205702	func	162	162	0	162
leito	40	40	14,444347	25,555653	leito	83	83	0	83
tfatura	30	30	0	30	tfatura	45	45	0	45
custo	1.224.909,00	1.224.909,00	0	1.224.909,00	custo	4.133.810,44	4.133.810,44	0	4.133.810,44
interna	827	1.392,89	0	1.392,89	interna	3.516,00	3.516,00	0	3.516,00
atendtos	3.088,00	5.201,04	6.249,26	11.450,30	atendtos	57.504,00	57.504,00	0	57.504,00
pacient	12.798,00	21.555,34	793,369556	22.348,71	pacient	37.187,00	37.187,00	0	37.187,00
receitas	1.129.374,00	1.902.175,19	0	1.902.175,19	receitas	4.552.232,92	4.552.232,92	0	4.552.232,92
DMU24 (eficiência:1,000000)					DMU59 (eficiência:1,000000)				
tespera	40	40	0	40	tespera	45	45	0	45
func	1.363,00	1.363,00	0	1.363,00	func	384	384	0	384
leito	259	259	0	259	leito	197	197	0	197
tfatura	45	45	0	45	tfatura	60	60	0	60
custo	69.481.129,97	69.481.129,97	0	69.481.129,97	custo	11.295.079,00	11.295.079,00	0	11.295.079,00
interna	18.778,00	18.778,00	0	18.778,00	interna	8.292,00	8.292,00	0	8.292,00
atendtos	435.554,00	435.554,00	0	435.554,00	atendtos	43.193,00	43.193,00	0	43.193,00
pacient	519.527,00	519.527,00	0	519.527,00	pacient	106.286,00	106.286,00	0	106.286,00
receitas	73.898.008,80	73.898.008,80	0	73.898.008,80	receitas	10.326.440,00	10.326.440,00	0	10.326.440,00
DMU25 (eficiência:1,000000)					DMU60 (eficiência:1,000000)				
tespera	30	30	0	30	tespera	25	25	0	25
func	772	772	0	772	func	144	144	0	144
leito	108	108	0	108	leito	20	20	0	20
tfatura	31	31	0	31	tfatura	45	45	0	45
custo	51.410.618,00	51.410.618,00	0	51.410.618,00	custo	13.647.221,00	13.647.221,00	0	13.647.221,00
interna	5.093,00	5.093,00	0	5.093,00	interna	2.438,00	2.438,00	0	2.438,00
atendtos	307.086,00	307.086,00	0	307.086,00	atendtos	24.873,00	24.873,00	0	24.873,00
pacient	554.695,00	554.695,00	0	554.695,00	pacient	137.835,00	137.835,00	0	137.835,00

receitas	54.281.802,00	54.281.802,00	0	54.281.802,00	receitas	15.571.564,00	15.571.564,00	0	15.571.564,00
DMU26	(eficiência:1,000000)				DMU61	(eficiência:1,000000)			
tespera	60	60	0	60	tespera	15	15	0	15
func	16	16	0	16	func	32	32	0	32
leito	37	37	0	37	leito	28	28	0	28
tfatura	50	50	0	50	tfatura	10	10	0	10
custo	465.000,00	465.000,00	0	465.000,00	custo	2.202.253,00	2.202.253,00	0	2.202.253,00
interna	891	891	0	891	interna	2.577,00	2.577,00	0	2.577,00
atendtos	3.297,00	3.297,00	0	3.297,00	atendtos	610	610	0	610
pacient	4.954,00	4.954,00	0	4.954,00	pacient	13.468,00	13.468,00	0	13.468,00
receitas	570.729,66	570.729,66	0	570.729,66	receitas	1.559.058,00	1.559.058,00	0	1.559.058,00
DMU27	(eficiência:0,994578)				DMU62	(eficiência:0,869052)			
tespera	90	90	35,554307	54,445693	tespera	30	30	0	30
func	120	120	0	120	func	52	52	0	52
leito	45	45	0	45	leito	65	65	30,103745	34,896255
tfatura	75	75	34,821331	40,178669	tfatura	45	45	13,220767	31,779233
custo	5.798.040,70	5.798.040,70	0	5.798.040,70	custo	1.954.531,80	1.954.531,80	0	1.954.531,80
interna	4.903,00	4.929,73	0	4.929,73	interna	2.755,00	3.170,12	0	3.170,12
atendtos	15.269,00	15.352,24	38.506,35	53.858,59	atendtos	9.590,00	11.035,01	0	11.035,01
pacient	69.903,00	70.284,07	30.948,85	101.232,92	pacient	15.499,00	17.834,37	21.770,05	39.604,42
receitas	6.026.035,80	6.058.886,08	0	6.058.886,08	receitas	1.769.750,94	2.036.415,01	0	2.036.415,01
DMU28	(eficiência:1,000000)				DMU63	(eficiência:0,667329)			
tespera	100	100	0	100	tespera	60	60	3,529917	56,470083
func	1.254,00	1.254,00	0	1.254,00	func	135	135	19,803687	115,196313
leito	225	225	0	225	leito	106	106	57,640229	48,359771
tfatura	85	85	0	85	tfatura	60	60	22,641474	37,358526
custo	73.068.233,00	73.068.233,00	0	73.068.233,00	custo	4.846.630,78	4.846.630,78	0	4.846.630,78
interna	14.025,00	14.025,00	0	14.025,00	interna	3.258,00	4.882,15	0	4.882,15
atendtos	483.460,00	483.460,00	0	483.460,00	atendtos	31.294,00	46.894,40	6.879,99	53.774,39
pacient	623.941,00	623.941,00	0	623.941,00	pacient	74.069,00	110.993,21	0	110.993,21
receitas	148.840.855,00	148.840.855,00	0	148.840.855,00	receitas	4.172.023,80	6.251.823,27	0	6.251.823,27
DMU29	(eficiência:1,000000)				DMU64	(eficiência:1,000000)			
tespera	15	15	0	15	tespera	14	14	0	14
func	1.758,00	1.758,00	0	1.758,00	func	79	79	0	79
leito	322	322	0	322	leito	35	35	0	35

tfatura	45	45	0	45	tfatura	25	25	0	25
custo	81.027.330,65	81.027.330,65	0	81.027.330,65	custo	2.603.292,22	2.603.292,22	0	2.603.292,22
interna	23.300,00	23.300,00	0	23.300,00	interna	1.958,00	1.958,00	0	1.958,00
atendtos	112.111,00	112.111,00	0	112.111,00	atendtos	42.019,00	42.019,00	0	42.019,00
pacient	275.906,00	275.906,00	0	275.906,00	pacient	53.951,00	53.951,00	0	53.951,00
receitas	80.468.276,01	80.468.276,01	0	80.468.276,01	receitas	2.663.034,26	2.663.034,26	0	2.663.034,26
DMU30	(eficiência:1,000000)				DMU65	(eficiência:1,000000)			
tespera	50	50	0	50	tespera	60	60	0	60
func	1.123,00	1.123,00	0	1.123,00	func	99	99	0	99
leito	269	269	0	269	leito	45	45	0	45
tfatura	90	90	0	90	tfatura	35	35	0	35
custo	76.586.668,61	76.586.668,61	0	76.586.668,61	custo	3.830.522,02	3.830.522,02	0	3.830.522,02
interna	15.460,00	15.460,00	0	15.460,00	interna	4.969,00	4.969,00	0	4.969,00
atendtos	705.060,00	705.060,00	0	705.060,00	atendtos	52.675,00	52.675,00	0	52.675,00
pacient	876.655,00	876.655,00	0	876.655,00	pacient	113.285,00	113.285,00	0	113.285,00
receitas	84.008.378,73	84.008.378,73	0	84.008.378,73	receitas	3.615.445,23	3.615.445,23	0	3.615.445,23
DMU31	(eficiência:0,816310)				DMU66	(eficiência:1,000000)			
tespera	37	37	0	37	tespera	47	47	0	47
func	163	163	23,369641	139,630359	func	896	896	0	896
leito	70	70	0	70	leito	308	308	0	308
tfatura	62	62	12,249195	49,750805	tfatura	45	45	0	45
custo	5.141.959,00	5.141.959,00	0	5.141.959,00	custo	46.872.211,96	46.872.211,96	0	46.872.211,96
interna	4.105,00	5.028,73	0	5.028,73	interna	19.668,00	19.668,00	0	19.668,00
atendtos	18.532,00	22.702,17	0	22.702,17	atendtos	406.291,00	406.291,00	0	406.291,00
pacient	20.074,00	24.591,16	29.507,48	54.098,64	pacient	198.329,00	198.329,00	0	198.329,00
receitas	4.735.172,00	5.800.706,24	0	5.800.706,24	receitas	46.165.613,16	46.165.613,16	0	46.165.613,16
DMU32	(eficiência:0,870695)				DMU67	(eficiência:1,000000)			
tespera	41	41	10,975588	30,024412	tespera	15	15	0	15
func	28	28	2,334282	25,665718	func	51	51	0	51
leito	36	36	3,538828	32,461172	leito	55	55	0	55
tfatura	54	54	12,454709	41,545291	tfatura	45	45	0	45
custo	406.891,35	406.891,35	0	406.891,35	custo	4.412.929,83	4.412.929,83	0	4.412.929,83
interna	1.385,00	1.590,68	0	1.590,68	interna	1.459,00	1.459,00	0	1.459,00
atendtos	369	423,799261	0	423,799261	atendtos	15.128,00	15.128,00	0	15.128,00
pacient	1.285,00	1.475,83	11.744,22	13.220,05	pacient	62.863,00	62.863,00	0	62.863,00
receitas	377.452,94	433.507,53	0	433.507,53	receitas	2.263.686,76	2.263.686,76	0	2.263.686,76