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

MARCELO YUTO NOGUEIRA SEDIYAMA

Efeitos da contratualização de serviços de saúde nos sistemas de mensuração de desempenho em um Hospital Público no Brasil

Orientador: Prof. Dr. André Carlos Busanelli de Aquino

RIBEIRÃO PRETO
2013

Prof. Dr. João Grandino Rodas

Reitor da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Sigismundo Bialoskorski Neto

Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto

Prof. Dr. Vinícius Aversari Martins

Chefe do Departamento de Contabilidade

MARCELO YUTO NOGUEIRA SEDIYAMA

Efeitos da contratualização de serviços de saúde nos sistemas de mensuração de desempenho em um Hospital Público no Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Controladoria e Contabilidade da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências. Versão Corrigida. A original encontra-se disponível na FEA-RP/USP.

Orientador: Prof. Dr. André Carlos Busanelli de Aquino

RIBEIRÃO PRETO
2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Sediyama, Marcelo Yuto Nogueira
Efeitos da contratualização de serviços de saúde nos sistemas de mensuração de desempenho em um Hospital Público no Brasil. Ribeirão Preto, 2013.
159 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Economia Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Controladoria e Contabilidade.
Orientador: André Carlos Busanelli de Aquino.

1. Nova Economia Institucional. 2. Sistema de Mensuração de Desempenho. 3. Hospital de Ensino. 4. Contratualização. 5. Organização Pública.

Nome: SEDIYAMA, Marcelo Yuto Nogueira

Título: Efeitos da contratualização de serviços de saúde nos sistemas de mensuração de desempenho em um Hospital Público no Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Controladoria e Contabilidade da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: _____/_____/_____.

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição:_____

Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____

Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____

Assinatura:_____

A Deus, pela infinita misericórdia e bondade.
A Jesus Cristo, pelos ensinamos e exemplificações.
Aos meus pais e irmãos, pelo amor, carinho e dedicação.
A minha amada esposa Gislaine, pelo amor, ternura e incentivo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e oportunidades; a Jesus, pelos exemplos de humildade e amor.

Aos meus pais Tocio e Maria Aparecida, pelo amor, compreensão, incentivo e dedicação; aos meus irmãos Marcos e Cristina, pelo apoio, carinho e palavras de otimismo.

A minha esposa Gislaine, pelo amor, incentivo e por ter entendido minhas ausências.

A minha sogra Elzi e minhas cunhadas Gisélia e Geisiane, pelas palavras de incentivo e apoio.

Ao meu concunhado Daniel e a sua família (Cesar, Preta, Mariane, Eliza, Rodrigo, Arnaldo, Dona Leda, Rosine), pelo auxílio em Ribeirão Preto e acolhimento na casa de seu pai.

À Faculdade de Economia Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto (USP), pela oportunidade de realização do curso de mestrado e por toda infraestrutura disponibilizada.

À secretaria de pós-graduação da FEA-RP/USP e ao Departamento de Contabilidade, em especial a Érika, Matheus, Rosemeire, Thiago, Vanessa e Vânia, pela atenção e solicitude.

Aos professores do programa de pós-graduação em Controladoria e Contabilidade da FEA-RP/USP, em especial aos professores: Adriana Maria Procópio de Araujo; Carlos Alberto Grespan Bonacim; Davi Rogério de Moura Costa; Eugênio Bitti; Fabiano Guasti Lima; Maurício Ribeiro do Valle; Sílvio Hiroshi Nakao e Vinicius Aversari Martins, pelos conhecimentos, conselhos e experiências repassadas nas salas de aula e nos corredores da FEA-RP. Ao meu orientador Prof. Dr. André Carlos Busanelli de Aquino, pelos conhecimentos repassados, tolerância, exigência e auxílio na execução do trabalho.

Aos professores Andson Braga de Aguiar, Marcelo Sanches Pagliarussi e Milton Roberto Laprega pelas orientações repassadas na qualificação e defesa da pesquisa. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de mestrado.

Ao Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto-USP, em especial à Profª. Dra. Maria Eulália Lessa do Valle Dallor e aos membros do Grupo de Avaliação de Desempenho, pela possibilidade de realização da pesquisa, solicitude e conhecimentos transmitidos.

Aos meus parentes e amigos de Viçosa-MG pelo apoio, incentivo e momentos de descontração. Aos novos amigos e companheiros de Ribeirão Preto: do Jardim Itaú, pela amizade, auxílio e momento juntos; da SEAK-RP, pelo acolhimento, auxílio e amizade; às crianças do Núcleo Assistencial da SEAK-RP, pela alegria e ternura; aos amigos da Biblioteca da USP e da Editora Atlas; aos companheiros do Mestrado e Doutorado da FEA-RP; ao Alisson e João, pelo acolhimento na república e a todos que ajudaram na realização desse trabalho, muito obrigado! Ninguém faz nada sozinho.

“A alegria está na luta, na tentativa, no sofrimento envolvido e não na vitoria propriamente dita”.

Mahatma Gandhi

RESUMO

SEDIYAMA, Marcelo Yuto Nogueira. **Efeitos da contratualização de serviços de saúde nos sistemas de mensuração de desempenho em um Hospital Público no Brasil.** 2013. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Economia Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Este estudo analisou o impacto da contratualização na gestão de desempenho (sistemas de mensuração de desempenho e atuação dos gestores) em um hospital público de ensino. O estudo de caso realizado no Hospital das Clinicas da Universidade de São Paulo, localizado em Ribeirão Preto, observou a mudança entre 1995-2012 dos sistemas de mensuração de desempenho (SMD) vigentes no hospital, antes focados no cumprimento do uso dos recursos orçamentários (*financial based-type*) para um mais voltado para entrega de serviços pactuados (*BSC-type*). A mudança ocorreu em função da alteração das condições da obtenção dos recursos junto ao governo que em 2005, por meio do Programa de Contratualização Hospitalar, passou a vincular parte da verba destinada ao hospital a seu desempenho (cumprimento de metas de indicadores pactuados). Em resposta, a gestão de desempenho do hospital vem se alterando em duas ordens de atuação dos gestores. Uma ação de primeira ordem dos gestores do hospital foi fazer o desdobramento da contratualização nos SMDs do hospital, propondo novos SMDs e legitimando o uso nas diversas áreas do hospital (*top-down*). A ação de segunda ordem foi negociar a seleção dos indicadores, metas e respectiva pontuação na formula de repasse de recursos (*bottom-up*) com os gestores locais do Sistema Único de Saúde - SUS, com objetivo de acomodar as incertezas do repasse de recursos. A interação entre os gestores locais do SUS e os gestores do hospital levou à um entendimento compartilhado sobre a avaliação de desempenho, à medida que devem seguir as regras formais gerais do programa de contratualização. O equilibro convergiu para uma maior preferência por indicadores quantitativos (com menor peso na fórmula de bônus) nos serviços de atenção à saúde, associada ao aumento do peso dos indicadores qualitativos na fórmula de bônus (com uso de metas menos rígidas). Esta condição assegura o alcance das metas pelo hospital e demonstra a atuação proativa dos gestores na pactuação com a fonte de recursos.

Palavras-chave: Nova Economia Institucional. Sistema de Mensuração de Desempenho. Hospital de Ensino. Contratualização. Organização Pública.

ABSTRACT

SEDIYAMA, Marcelo Yuto Nogueira. **Performance-based financing effects on performance measure systems in a Brazilian Public Hospital.** 2013. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Economia Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

This study analyzed the impact of contractualisation on performance management (of performance measurement systems and way of managers take action) in a public teaching hospital. The case study conducted at the Hospital das Clinicas, University of São Paulo at Ribeirão Preto between 1995-2012 observed the change of Performance Measurement Systems - PMSs existing at the hospital, before focused on fulfillment of use of budgetary resources (financial-based type) for a more focused delivery in the agreed services (BSC-type). The change was due to altering the conditions of obtaining funds from the government in 2005, through the Hospital Contractualisation Program, now linking the amount of funds destinated to the hospital in their performance (achievement of goals and indicators agreed). In response, the management of hospital performance has been undergoing changes by two orders of acting of managers. A first-order action of managers of the hospital was doing the unfolding of the contractualisation PMSs in the hospital, proposing new PMSs and legitimating the use in various areas of the hospital (top-down). The action of the second order was to negotiate the selection of indicators, targets and their scores on the formula of allocation of resources (bottom-up) with the local managers of the Unified Health System - SUS, in order to accommodate the uncertainty of funds transfer. The interaction between the SUS' local managers and the hospitals' managers has generated a shared understanding about the performance evaluation, as they have to follow the general formal rules imposed by the Contractualisation Program. The equilibrium has converged to a higher preference for quantitative indicators (with a lower weight on the bonus formula) for healthy services, associated with the increasing of qualitative indicators' weight on the bonus formula (plus more achievable targets usage). These conditions ensure the achievement of goals by the hospital and demonstrate the proactive role from hospitals' managers during the annual **contract review** process with the funding source.

Keywords: New Institutional Economics. Performance Measurement System. Teaching Hospital. Contractualisation. Public Organization.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICO

FIGURA 1 - FLUXO INICIAL SOBRE MUDANÇA INSTITUCIONAL. 33
FIGURA 2 - FLUXO DOS CONSTRUTOS SOBRE MUDANÇA INSTITUCIONAL. 35
FIGURA 3 - TIPOS DE INSTITUIÇÕES E SUAS SUBDIVISÕES. 38
FIGURA 4 - RESUMO DOS TIPOS DE CEI E SUAS INTERAÇÕES. 44
FIGURA 5 - FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO – PRHE E SUAS INTERAÇÕES COM O HCFMRP. 57
FIGURA 6 – HISTÓRICO DOS INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO DE DESEMPENHO DO HCFMRP DESDE 2005. 63
FIGURA 7 - DINÂMICA DA PACTUAÇÃO E DISCUSSÃO DOS INDICADORES DO PMI. 67
FIGURA 8 - PLANO DE METAS INSTITUCIONAL - PMI DO HCFMRP. 68
FIGURA 9 - SISTEMA DE AVALIAÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO - SAHE E SUA RELAÇÃO COM O HC. 69
FIGURA 10 - PROGRAMA GESTÃO À VISTA - PGV DO HCFMRP. 71
FIGURA 11 - PROGRAMA COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR - CQH NO HCFMRP. 74
FIGURA 12 - MODIFICAÇÕES NO CONTEXTO GERENCIAL DO HCFMRP-USP, DE ACORDO COM OS DOCUMENTOS ANALISADOS. 92
FIGURA 13 - RELAÇÃO PRINCIPAL-AGENTE NOS TRÊS AMBIENTES QUE INFLUENCIAM A DINÂMICA ORGANIZACIONAL DO HC. 97
FIGURA 14- ATUAÇÃO DO COLEGIADO DO CONSELHO DELIBERATIVO. 98
FIGURA 15 – GRUPOS DE INTERESSE QUE COMPÕEM O PRINCIPAL (ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR DO HC) 101
FIGURA 16 - RELAÇÃO PRINCIPAL-AGENTE NOS DOIS AMBIENTES NOS QUAIS ATUA O HC E O PAPEL DOS INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO DO HC ADOTADOS APÓS A CONTRATUALIZAÇÃO. 104
FIGURA 17 - INTERAÇÃO ENTRE OS SUBSISTEMAS DE MENSURAÇÃO DE DESEMPENHO DO HC. 114
GRÁFICO 1 – PONTUAÇÃO MÉDIA DOS INDICADORES SEGUNDO SUA NATUREZA DE META E A PROBABILIDADE MÉDIA DE ATINGIR A META (PONTUAR) 126

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – O QUE SÃO INSTITUIÇÕES E ORGANIZAÇÕES 24
TABELA 2 - EXEMPLO DE JOGOS 29
TABELA 3 – RESUMO DOS TIPOS DE CEI E EXEMPLOS DE COMO SE OPERA NO CASO DO HC 44
TABELA 4 - TIPOS DE SMD 49
TABELA 5 - ATRIBUTOS DO SMD SEGUNDO OS AUTORES ANALISADOS 50
TABELA 6 - CONSEQUÊNCIAS NÃO INTENCIONAIS DA UTILIZAÇÃO DE INDICADORES DE DESEMPENHO 53
TABELA 7 - SERVIÇOS E VALORES REPASSADOS SEGUNDO OS CONVÊNIOS ASSINADOS ENTRE A SES-SP E O HCFMRP-USP 65
TABELA 8 – PROTOCOLO DE ESTUDO DE CASO 77
TABELA 9 - FONTE DE EVIDÊNCIAS, JUSTIFICATIVA E FORMA DE OBTENÇÃO DOS DADOS 79
TABELA 10 - *CORPUS* PARA A REALIZAÇÃO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO 81
TABELA 11 - CARACTERÍSTICAS DO SMD E RESPECTIVA CATEGORIZAÇÃO SEMÂNTICA DE ANÁLISE 84
TABELA 12 - DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS SEMÂNTICAS 85
TABELA 13 - ELEMENTOS DA CEI *DESIGNED PUBLIC-ORDER* EFICAZ E ASSOCIAÇÃO COM AS CLÁUSULAS CONTRATUAIS 103
TABELA 14 - CATEGORIA SEMÂNTICA, FONTE DA EVIDÊNCIA E UNIDADE DE REGISTRO (EVIDÊNCIA) RELACIONADA AO PMI 106
TABELA 15 - CATEGORIA SEMÂNTICA, FONTE DA EVIDÊNCIA E UNIDADE DE REGISTRO (EVIDÊNCIA) RELACIONADA AO SAHE 108
TABELA 16 - CATEGORIA SEMÂNTICA, FONTE DA EVIDÊNCIA E UNIDADE DE REGISTRO (EVIDÊNCIA) RELACIONADA AO PGV 110
TABELA 17 - CATEGORIA SEMÂNTICA, FONTE DA EVIDÊNCIA E UNIDADE DE REGISTRO (EVIDÊNCIA) RELACIONADA AO CQH 112
TABELA 18 - CARACTERÍSTICAS DOS INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO DE DESEMPENHO DO HCFMRP 114
TABELA 19 – MODIFICAÇÕES NA REPACTUAÇÃO DE INDICADORES EM RELAÇÃO AO ANO ANTERIOR 116
TABELA 20 - NATUREZA DA META E PORCENTAGEM DE PONTOS ATRIBUÍDOS, SUGERIDA PELA PORTARIA Nº 2.352/GM DE 2004 117
TABELA 21 - NATUREZA DA META PACTUADA ENTRE OS GESTORES LOCAIS DO SUS E DO HC PARA OS INDICADORES DE ATENÇÃO À SAÚDE E ENSINO E PESQUISA 117
TABELA 23 - ELEMENTOS PRESENTES NAS ATAS DE AVALIAÇÕES DA CPAC E SUA VARIAÇÃO AO LONGO DOS ANOS ANALISADOS 122
TABELA 24 – VARIAÇÃO DA PONTUAÇÃO DOS INDICADORES SEGUNDO SUA NATUREZA DE META 125
TABELA A.1 - ABORDAGENS DA NEI PARA A ANÁLISE DE MUDANÇA INSTITUCIONAL 141

TABELA A.2 - QUADRO REGULATÓRIO (PORTARIAS, DECRETOS E LEIS) QUE DEFINEM A POLÍTICA ASSISTENCIAL DO SUS PARA HOSPITAIS DE ENSINO 142
TABELA A.3 - EVENTOS HISTÓRICOS RELACIONADOS DIRETA E INDIRETAMENTE AO SMD DO HCFMRP-USP 144
TABELA A. 4 - INDICADORES DE DESEMPENHO DO PMI 149
TABELA A. 5 - INDICADORES DE DESEMPENHO DO PGV 152
TABELA A.6 - INDICADORES DE DESEMPENHO DO CQH 157
TABELA A.7 – DEMAIS FONTES DE CONSULTAS UTILIZADAS NA ANÁLISE DE CONTEÚDO 158
TABELA A.8 – EVOLUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO HCFMRP-USP ENTRE OS ANOS 2000 E 2012 159

LISTA DE SIGLAS

5W2H	What, When, Why, Where, Who, How e How Much
BI	Business Intelligence
BSC	Balanced Scorecard
CCIs	Coercion Constraining Institutions
CEIs	Contract Enforcement Institutions
CPAC	Comissão Permanente de Acompanhamento de Contrato
CQH	Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar
DIRs	Direções Regionais de Saúde
ERP	Enterprise Resource Planning
e-SIC	Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão
FAEPA	Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FPO	Ficha de Programação Orçamentária
GAD	Grupo de Avaliação de Desempenho
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HC	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HEs	Hospitais de Ensino
HUs	Hospitais Universitários
IACs	Instituições Aplicadoras de Coerção
ICDs	Indicadores Chave de Desempenho
IECs	Instituições de Execução de Contratos
KPIs	Key Performance Indicators
ME	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NAP	Nova Administração Publica
NEI	Nova Economia Institucional
OMS	Organização Mundial de Saúde
PGV	Programa Gestão à Vista
PM	Plano de Metas

PMI	Plano de Metas Institucional
PMS	Perfomanace Measure Systems
PO	Plano Operativo
PRHE	Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino
SADT	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia
SAHE	Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino
SES-SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SMD	Sistema de Mensuração de Desempenho
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS-RP	Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto
SWOT	Strength, Weaknesses, Opportunities e Threats
TJ	Teoria dos Jogos
TRC	Termo de Referência para a Contratualização
UK	United Kingdom
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 18
2 REFERENCIAL TEÓRICO 24
2.1 Nova Economia Institucional e Mudança Institucional 24
2.1.1 Elementos da teoria dos jogos aplicados a mudança institucional 27
2.1.2 Instituições como Equilíbrios 30
2.2 Instituições como mecanismos de regulação da conduta e mudança institucional..... 37
2.2.1 *Contract-Enforcement Institutions* (CEIs)..... 39
2.3 Sistema de Mensuração de Desempenho – SMD 44
2.3.1 Atributos de um SMD..... 46
2.3.2 Relação de Agência e o Papel do SMD..... 51
2.3.3 Disfuncionalidades do SMD..... 52
3 O PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE ENSINO54
3.1 Como e por que surgiu a contratualização..... 54
3.2 Experiências da contratualização no Brasil 58
4 CARACTERIZAÇÃO DO HCFMRP-USP E SEUS INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO DE DESEMPENHO 61
4.1 Os instrumentos de mensuração de desempenho do HC.....64
4.1.1 Plano de Metas Institucional - PMI 64
4.1.2 Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino - SAHE..... 69
4.1.3 Programa Gestão à Vista - PGV 70
4.1.4 Compromisso com a Qualidade Hospitalar - CQH 72
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... 76
5.1 Estratégia de Pesquisa.....76
5.2 Procedimentos de coleta de dados e evidências 78
5.3 Técnica de análise.....80
5.3.1 Estruturação da análise da primeira proposição..... 83
5.3.2 Estruturação da análise da segunda proposição 86
6 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS 90
6.1 Resultados e análises da primeira proposição.....90
6.1.1 Narrativa histórica..... 90
6.1.2 Resultado da análise dos instrumentos de mensuração de desempenho..... 105
6.2 Resultados e análises da segunda proposição 115

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 127
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 130
APÊNDICE 138

1 INTRODUÇÃO

A modernização do setor público caracterizada pela temática da Nova Administração Publica - NAP altera as regras formais e informais existentes e proporciona uma nova concepção de como gerar eficiência no setor público brasileiro. Organizações públicas, como os hospitais de ensino, passaram a receber parte de recursos vinculada ao cumprimento de metas (contratualização de resultados), replicando um ambiente "*businesslike*".

A complexidade das organizações hospitalares somada à natureza distinta das organizações do setor público traz um componente adicional ao desafio de entender a geração de incentivos para obtenção de eficiência na coordenação de equipes e alocação de recursos.

A implantação de um novo modelo de gestão altera as relações entre os agentes, as expectativas tanto de executivos, CFO, CEO dos hospitais, quanto de supervisores de áreas, médicos e enfermeiras e pessoas de apoio. Pois, a orientação organizacional focada no equilíbrio orçamentário no nível executivo, e focada na qualidade do atendimento médico e pesquisa no nível operacional, começarão a ser cobradas por eficiência. Tal mudança será captada neste trabalho pela perspectiva da Nova Economia Institucional - NEI, sobretudo das contribuições de Aoki (2001, 2010), Brousseau, Garrouste e Raynaud (2011), Greif (2006), Greif e Laitin (2004), Greif e Kingston (2011) e Kingston e Caballero (2009).

Dentre as ações relacionadas à NAP no setor público de saúde brasileiro encontra-se o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino – PRHE criado, em 2004, pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação. O Programa tem como objetivo qualificar e desenvolver a assistência, a gestão, o ensino, a pesquisa e a avaliação tecnológica em saúde, tendo em vista a integração dos Hospitais de Ensino - HEs na rede assistencial, fortalecendo o Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2004c).

A Contratualização, que é uma das etapas obrigatórias para inserção no Programa, visa alterar o modelo de alocação de recursos financeiros para os HEs (BRASIL, 2012). O repasse de recursos deixa de ser unicamente efetuado por produção (realização quantitativa de procedimentos, sem orientação para a crescente participação dos hospitais na rede pública de saúde) e passa a ser também realizado de acordo com o cumprimento de metas firmadas, por convênio[1] e formalizadas no Plano Operativo - PO, entre o representante legal do HE e os gestores locais do SUS (BRASIL, 2004b; SES-SP, 2007).

[1] Contrato firmado entre o gestor hospitalar e os gestores locais do SUS.

A vinculação de parte do repasse financeiro ao alcance das metas pactuadas visa induzir os HEs a adotarem estratégias aderentes aos objetivos do Programa (BRASIL, 2012). Pois, para cada indicador pactuado é estabelecido uma meta e uma pontuação que irá definir o montante de recursos a serem recebidos pelo hospital, ou seja, os recursos recebidos variam conforme a pontuação total do conjunto dos indicadores pactuados (BRASIL, 2004c).

O repasse de recursos sem associação ao alcance de metas gera pouco ou nenhum incentivo à introdução de novas práticas organizacionais (LIMA e RIVERA, 2012). Assim, a contratualização representa modificação na relação entre os gestores locais do SUS e o gestor hospitalar, e pode contribuir para o aprimoramento da gestão nos HEs (BRIZOLA, GIL e JUNIOR, 2011).

A relação SUS-HE é coordenada por um conjunto de regras formais e informais. As regras formais são os componentes institucionais formais (contratos) que visam coordenar os comportamentos dos agentes por meio de incentivos que complementam os componentes informais, por exemplo, as crenças compartilhadas dos agentes (GREIF e LAITIN, 2004; BROUSSEAU, GARROUSTE e RAYNAUD, 2011). Logo, as normas explícitas no convênio[2] de contratualização são consideras regras formais.

Dentre as regras formais do convênio, destaca-se a que exige dos HE a criação de instrumento de mensuração de desempenho, denominado Plano de Metas – PM, que discrimina os indicadores, suas metas e pontuações pactuados entre os gestores locais do SUS e o gestor hospitalar.

As regras informais podem ser representadas pelas crenças compartilhadas. Essas crenças são os elementos institucionais que influenciam o comportamento dos agentes, pois geram regras de conduta que reduzem a complexidade e coordenam as interações sociais de modo a especificar um padrão de comportamento *self-enforced* (AOKI, 2001; GREIF e LAITIN, 2004; BROUSSEAU, GARROUSTE e RAYNAUD, 2011; GREIF e KINGSTON, 2011).

---

[2] Para Aoki (2007, p. 4) exemplos de regras formais são: as constituições, leis e os contratos. North (1990, p. 47 apud KINGSTON e CABALLERO, 2009, p. 168) preconiza uma hierarquia de quatro níveis para as regras formais: 1) constituições, 2) estatutos e leis comuns, 3) estatutos específicos e 4) contratos individuais. Ademais, em correspondência com Douglas North, Hodgson (2007, p. 20-21) ao questionar o autor sobre o que seriam regras informais e formais obtém a seguinte resposta: "*I regard informal norms not as rules but as norms of behavior which have different kinds of enforcement characteristics than formal rules. Formal rules are enforced by courts and things like that. Informal norms are enforced usually by your peers or others who will impose costs on you if you do not live up to them. In that sense, because they have different enforcement characteristics, I do not consider them to be a rule in the same sense that formal rules are*." Nesse sentido, dado que as normas constantes nos convênio seguiram as determinações da Portaria 1.702 de 2004 estabelecida pelo Ministério da Saúde, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do artigo 87 da Constituição Federal, e que uma das partes do convênio é o Estado, representantes locais do SUS, o convênio é considerado regra formal.

As crenças compartilhadas estão na dimensão cognitiva dos indivíduos (AOKI, 2011). Elas motivam as escolhas estratégicas dos agentes e podem ser confirmadas quando há comportamentos recorrentes dos agentes, ou seja, elas podem ser confirmadas, em equilíbrio, na dimensão comportamental dos indivíduos (BROUSSEAU, GARROUSTE e RAYNAUD, 2011).

Desse modo, as regras informais podem ser verificadas quando os gestores do HE e os gestores locais do SUS decidem, em reuniões periódicas da Comissão de avaliação do PM, perpetuar suas estratégias na pactuação de indicadores, metas e pontuações.

Contudo, quando se objetiva mudar instituições exclusivamente com alterações em regras formais há dificuldades no direcionamento dos objetivos gerenciais, uma vez que essas regras podem não considerar seu efeito sobre as interações estratégicas específicas dos agentes (BROUSSEAU, GARROUSTE e RAYNAUD, 2011). Faz-se necessário, portanto, a análise tanto do efeito das regras formais, quanto das crenças compartilhadas (regras informais) dos agentes em ambiente de mudança institucional, como o proporcionado pela PRHE nos hospitais contratualizados.

Isso apresentado, esta pesquisa se propõe a responder à seguinte questão de pesquisa: *A introdução da contratualização de desempenho em organização pública de saúde afeta seus mecanismos de desempenho e altera a atuação dos gestores junto à fonte de recursos?*

Como desdobramentos, foram estabelecidos as seguintes proposições:

1. O processo de contratualização impacta a modificação dos instrumentos de mensuração de desempenho no hospital, considerando o ambiente organizacional de um hospital público; e
2. A adesão à contratualização induz os gestores hospitalares a terem comportamentos proativos no processo de negociação de regras formais (indicadores, pontuações e metas) para a busca do equilíbrio institucional

Para responder a questão de pesquisa, o estudo tem por objetivo analisar a mudança institucional proporcionada pela contratualização nos instrumentos de mensuração de desempenho e na negociação dos indicadores, suas metas e pontuações pactuadas entre os gestores do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HCFMRP-USP[3] e os gestores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES-SP e da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto – SMS-RP.

[3] Doravante para se referir ao HCFMRP-USP, também será utilizada a sigla HC.

Embora a contratualização hospitalar crie regras formais com o objetivo de qualificar e desenvolver a assistência, a gestão, o ensino, a pesquisa e a avaliação tecnológica em saúde, tendo em vista as diretrizes do SUS, há problemas gerenciais no ambiente hospitalar que prejudicam a alocação de recursos e a mensuração de desempenho, como a baixa utilização de sistemas de controles gerenciais (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009).

Nesse sentido, entende-se que a presente pesquisa contribui para o preenchimento da lacuna de literatura, visto que há carência de estudos que evidenciem as consequências advindas do processo de contratualização (LIMA e RIVERA, 2012) e sobre como os instrumentos de mensuração de desempenho podem ser utilizados pelos gestores para avaliar suas unidades, identificar problemas, desenvolver melhorias nos processos e tomar decisões (WOUTERS e WILDEROM, 2008; FRANCO-SANTOS, LUCIANETTI e BOURNE, 2012).

Com relação ao objeto de estudo, o HC[4] obteve a certificação como hospital de ensino em 2004, e aderiu ao processo de contratualização em 2005. De acordo com documentos do HCFMRP-USP (2008, 2010, 2010b), após a contratualização o Hospital passou a adotar quatro instrumentos de mensuração de desempenho: i) o Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino - SAHE, em 2005; ii) o Plano de Metas Institucional - PMI, em 2006; iii) o Programa Gestão à Vista - PGV, em 2007; e iv) o Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar - CQH, em 2007.

Quanto à estratégia da pesquisa, destaca-se que, embora seja reconhecida a limitação na validade externa dos estudos de caso, esse tipo de abordagem oferece descrições aprofundadas de sistemas de contabilidade gerencial úteis para uma maior compreensão da disciplina na prática (MOON e FITZGERALD, 1996). Além disso, estudos de caso têm o potencial de oferecer *insights,* tanto para o desenho quanto para o uso sistemas de controle gerencial, no contexto das organizações de saúde (ABERNETHY *et al.*, 2007).

Para realizar a pesquisa foi inicialmente elaborado um protocolo de estudo de caso, conforme Yin (2010). Em seguida, foram analisados documentos públicos e internos da organização (por exemplo, Relatórios de Gestão, Contratos e atas da Comissão de avaliação do convênio).

Os documentos internos foram obtidos via Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (e-SIC) e por meio de observações em campo no Grupo de

[4] O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HCFMRP-USP é uma autarquia pública estadual, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e associada à Universidade de São Paulo para fins de Ensino, Pesquisa e Prestação de Serviços Médico-hospitalares. Ademais, é considerado hospital de grande porte, alta complexidade e de referência para a região nordeste do estado.

Avaliação de Desempenho – GAD do HC. O GAD tem entre suas funções, segundo o regulamento interno do hospital, avaliar a eficácia e a eficiência das unidades do hospital.

Com base nas evidências coletadas, foram realizadas análises específicas para cada proposição do estudo de caso. Na primeira proposição, utilizou-se a análise histórica com abordagem descritiva, aplicando-se as contribuições de Greif (2008) para verificar a mudança dos instrumentos de mensuração de desempenho do hospital ao longo do período analisado, de 1995 a 2012.

Em seguida, empregou-se a análise de conteúdo, segundo Bardin (2011), para verificar se os instrumentos de mensuração de desempenho do hospital, adotados após sua contratualização, em 2005, podem ser classificados como SMD, conforme apresenta a literatura de contabilidade gerencial revisada.

Na segunda proposição foram feitas associações entre os construtos da NEI, na abordagem que analisa as instituições com o equilíbrio, e os elementos do caso para verificar, por meio de tabelas e gráfico, se a contratualização induziu os gestores do hospital a terem comportamentos proativos na pactuação de indicadores e metas.

Como resultado da pesquisa, destaca-se que o processo de contratualização do hospital fez com que o HC passe a adotar instituições de *enforcment* denominadas, por Greif (2008), *designed public-order,* além de desenvolver outros instrumentos projetados de ordem privada (*designed private-order*), responsáveis por coordenar o comportamento no âmbito organizacional.

Dos quatro instrumentos de mensuração de desempenho adotados pelo HC ao longo do período analisado, 1995 a 2012, três (PMI, PGV e CQH) podem ser considerados SMDs, segundo a literatura de contabilidade gerencial revisada. Além disso, esses SMDs auxiliam na redução do conflito de agência e da assimetria de informação nos dois ambientes (Comissão de avaliação do convênio e ambiente intraorganizacional) em que o HC atua.

Verificou-se, por meio da utilização do instrumental teórico da Nova Economia Institucional, a regularidade comportamental dos gestores do HC na troca de indicadores e na natureza da meta (qualitativa e quantitativa), evidenciando a atuação proativa desses perante os gestores locais do SUS. Essa regularidade comportamental, que pode representar o compartilhamento de crenças entre os agentes, possibilitou a previsibilidade e a segurança nas relações de agência, beneficiando o HC, para que atingisse as metas pactuadas para obtenção dos recursos.

Este estudo está estruturado da seguinte forma: na próxima seção é apresentada a revisão da literatura; a seção 3 expõe como se estrutura o PRHE e as pesquisas realizadas em

alguns hospitais contratualizados; na seção 4 é apresentada a caracterização do HC e seus instrumentos de mensuração de desempenho. Na quinta e sexta seções são discutidos os procedimentos metodológicos e os resultados e análises dos dados, respectivamente. Finalmente, na sétima seção são apresentadas as considerações finais do estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Nova Economia Institucional e Mudança Institucional

A Nova Economia Institucional - NEI[5] é ramo da Teoria Institucional que visa analisar a natureza e o papel das instituições na vida econômica (HODGSON, 2001; GAGLIARDI, 2008). Os pesquisadores institucionais buscam explicar a natureza e a origem das instituições, as razões para sua existência, as formas para se melhorar a eficiência econômica e a dinâmica da mudança institucional (HODGSON, 2001).

Há várias definições de instituições e abordagens sobre mudança institucional (AOKI, 2001, 2010; GREIF, 2006; HODGSON, 2006; NORTH, 1992, 1993). A tabela 01 apresenta algumas definições de instituições segundo a literatura de economia institucional e sua diferença com relação ao termo organizações.

Tabela 1 – O que são instituições e organizações

Autores:	Definições:
North (1992, 1993)	Instituições são as "regras do jogo" (regras formais e informais) que são o conjunto de normas que disciplina as relações entre os indivíduos (por exemplo, contratos, regras políticas e econômicas, normas de comportamento e convenções). Organizações são os "jogadores", grupos de indivíduos ligados por objetivos comuns e dedicados a atividade executada com determinado fim.
Greif e Laitin (2004)	Os autores definem instituições como um sistema de elementos não físicos criado pelo homem e que são compostas por - normas, crenças, organizações e regras - exógenos a pessoa cujo comportamento é influenciado gerando regularidades comportamentais. As organizações são elementos institucionais que influenciam o conjunto de crenças e normas que podem ser auto-aplicáveis (*self-enforcing*) na transação/operação em consideração.
Hodgson (2006)	As instituições são sistemas de regras sociais estabelecidas e incorporadas que estruturam as interações sociais. As organizações são instituições especiais que envolvem: (a) os critérios para estabelecer seus limites e para distinguir os seus membros dos não-membros; (b) os princípios de soberania decidindo quem está no comando, e (c) postos de comando delineando responsabilidades dentro da organização.
Hodgson (2006) ao relatar correspondência	Douglas North faz a seguinte consideração sobre a distinção entre os termos instituição e organização: "*I think that for certain purposes we can consider organizations as institutions, but for my purposes organizations are to be separated out from institutions. That is, I am*

[5] O Termo Nova Economia Institucional também é utilizado para diferentes combinações teóricas (Análise de Direitos de Propriedade, Análise Econômica do Direito, Teoria da Escolha Pública, Economia Constitucional, Teoria da Ação Coletiva, Custo de Transação Econômica, Abordagem Principal-Agente, Teoria dos Contratos Relacionais e Abordagem Institucional para a História Econômica), assim como campos de pesquisa (RICHTER, 2005; GROENEWEGEN e De JONG, 2008). Segundo Rafiqui (2008), o termo NEI foi apresentado por Williamson (1975) como referência ao grupo de economistas que se concentram nas análises microeconômicas, direitos de propriedade, sistemas comparativos, economia do trabalho e organização industrial. Dessa forma, o termo foi utilizado para fazer uma distinção entre as abordagens da Velha Economia Institucional e da Nova Economia Institucional (GAGLIARDI, 2008).

com Douglas C. North[6], no apêndice A de seu artigo.	*interested in the macro aspect of organization, not in the internal structure of organization. If I was interested in the latter.... I would be interested in internal structure, governance and indeed all the kind of internal problems of structure, organization and conflicts of interest.... I am not interested in that. What I am interested in is that the actors in the process of overall societal, political economic change, and ... I can forget about the internal structure, even how decisions are made internal to the organization and simply look on the entrepreneurs of organizations as the key players in the process of institutional change.... For certain purposes one can consider organizations as institutions but for the purposes that I am dealing with — looking at the macro aspects of institutional change.*"Hodgson (2006, p. 19,20). Em resposta a carta de North, Hodgson (2006, p. 20) destaca: "*I understand fully that you are interested primarily in overall, socio-economic change, rather than the internal structure of organizations. I believe that such a special focus is entirely legitimate. And I am one of very many who warmly appreciate your major contribution in this area.* *I would presume that you also believe it to be legitimate to study the internal structure of organizations.... What concerns me is the need for conversation and common understanding between those ... who concentrate on the internal structure or organizations and those (like yourself) who concentrate on overall socio-economic change. For a conversation to take place there must be shared meanings of terms.* *In this respect I find a statement like "organizations are players" to be potentially problematic. If "organizations are players" means "I will treat organizations as players for the purposes of my kind of analysis" then, given certain conditions, that would be OK in my view. However, if "organizations are players" means "organizations are defined as players" or "organizations are essentially the same as individuals or players" then I would find these formulations to be misleading.... When you say "organizations are the players" do you mean to say: (a)"for the purposes of analysis of the socio-economic system as a whole it is legitimate to treat organizations as if they are players" … So in this case, I would ask a further question: (a*) Would you accept a definition of organization that accepted that organizations themselves had internal players and systems of rules, and hence organizations were a special type of institution?…"* Hodgson (2006, p. 20). Em resposta Douglas North afirma que: "*In reply to your letter, I am in complete agreement with you on the first part of your question. That is, I agree that (a) and (a*) are exactly what I have in mind, so we are in complete agreement. …"* Hodgson (2006, p. 20).

Fonte: North (1992, 1993) e Hodgson (2006).

Logo, apesar de North estar interessado nos macro aspectos da mudança institucional, por exemplo, mudanças sociais e de políticas econômicas, verifica-se, por meio da tabela 01, que o autor não descarta[7] a possibilidade que organizações podem ser consideradas um tipo especial de instituições.

Como a vertente[8] da NEI de North, não investiga particularmente os problemas relacionados à estrutura interna organizacional, como os conflitos de interesses (por exemplo, problemas de agência) a presente pesquisa utilizou-se da vertente da NEI que analisa as

[6] "Douglas Cecil North foi laureado com o prêmio Nobel de Economia, em 1993, por ter renovado a pesquisa em história econômica aplicando teoria econômica e métodos quantitativos para explicar a mudança econômica e institucional.

[7] Essa constatação também é apontada por Kingston e Caballero (2009, p. 154), nota de rodapé 1.

[8] Ao analisar os estudos de Richter (2005), Rafiqui (2008), Groenewegen e De Jong (2008), Kingston e Caballero (2009), Brousseau, Garrouste e Raynaud, (2011) e Greif e Kingston (2011), verificou-se que há duas principais abordagens sobre mudança institucional dentro da NEI. Na primeira abordagem as instituições são vistas como regras impostas aos indivíduos. Tem como foco de análise as interações entre os indivíduos que visam impedir ou promover novas regras. Na segunda abordagem as instituições são entendidas como crenças compartilhadas e objetiva analisar como os equilíbrios são sustentáveis (auto-aplicáveis em termos de expectativas compartilhadas sobre o comportamento dos outros) e o processo de indução para outro equilíbrio. Segundo Gagliardi (2008) essas duas abordagens contribuem para explicar os canais da mudança institucional sendo relevantes para o desempenho econômico. Comparações entre as vertentes estão na tabela A.1, no apêndice.

instituições como equilíbrio. Pois, nessa abordagem são considerados tanto os fatores de mudança institucional exógenos quanto os endógenos.

Desse modo, dentre as ditas principais vertentes teóricas da NEI que explicam mudanças institucionais, será adotada a que analisa as instituições como equilíbrio. Essa vertente oferece o instrumental para se examinar os fatores exógenos (alteração de condições externas à organização) e endógenos (crenças dos jogadores sobre as expectativas da ação dos outros) da mudança institucional (KINGSTON e CABALLERO, 2009).

Ao se analisar as instituições como equilíbrio, as instituições são definidas como um sistema autosustentável de crenças compartilhadas sobre como o jogo é jogado repetidamente entre agentes, que são mutuamente dependentes (AOKI, 2001). Os agentes não tendo conhecimento completo da estrutura do jogo (opiniões cognitivas subjetivas e incompletas), durante suas interações, criam crenças compartilhadas sobre sua estrutura (AOKI, 2001). As crenças compartilhadas geram regras de conduta que reduzem a complexidade dessas interações (AOKI, 2001).

No estado de equilíbrio, as instituições são identificadas por padrões de comportamento de equilíbrio, sendo esse estado de comportamento obtido quando os agentes são constrangidos tanto de forma exógena quanto endógena (KINGSTON e CABALLERO, 2009). Para se chegar a esse padrão de comportamento há o papel fundamental das crenças compartilhadas (AOKI, 2001).

A mudança institucional representa a variação de um estado de expectativas comuns de comportamento associados a determinado equilíbrio, para outro estado de equilíbrio (RAFIQUI, 2008). Na visão de instituições como equilíbrio, a mudança institucional não é representada fundamentalmente pelas mudanças na regras limitadoras de comportamentos, mas sobre a mudança de expectativas dos agentes (KINGSTON e CABALLERO, 2009).

A contribuição dessa abordagem reside em sua análise do processo de institucionalização por meio da teoria dos jogos, na qual os atores maximizam seus *trade-offs* em cada movimento que fazem num processo de auto-organização (GROENEWEGEN e De JONG 2008). Na próxima seção, serão apresentados maiores detalhes dessa abordagem e alguns conceitos da teoria dos jogos, utilizados na descrição do caso analisado.

2.1.1 Elementos da teoria dos jogos[9] aplicados a mudança institucional

O instrumental da Teoria dos Jogos (TJ) pode ser utilizado para se estudar as interações entre os agentes econômicos, pois permite a análise de suas interações estratégicas (VARIAN, 2006). Dessa forma, a TJ possibilita compreender o comportamento econômico adotado pelos administradores em suas decisões estratégicas (PINDYCK e RUBINFELD, 2002; VARIAN, 2006).

Pesquisadores institucionais que se utilizam da TJ afirmam que ela oferece tanto amparo conceitual[10] quanto estrutura analítica[11] para se analisar as instituições como equilíbrio (GREIF e LAITIN, 2004; GAGLIARDI, 2008; GROENEWEGEN e De JONG, 2008). Assim, dado que a análise das instituições como equilíbrio emprega o instrumental da TJ, esta seção apresentará, inicialmente, breves conceitos dessa teoria e, posteriormente, o referencial teórico da abordagem das instituições como equilíbrio.

Denomina-se "jogo" a situação na qual dois ou mais agentes (por exemplo, indivíduos, empresas) interagem na busca de objetivos específicos (CHIANG, 1982; PINDYCK e RUBINFELD, 2002). Os jogos podem ser cooperativos ou não cooperativos, repetitivos ou sequenciais e jogos de soma zero ou de soma constante ou jogos de soma não-zero ou de soma não constante (CHIANG, 1982; PINDYCK e RUBINFELD, 2002; VARIAN, 2006).

1) Nos jogos cooperativos[12] os jogadores podem negociar contratos[13] vinculativos entre eles, possibilitando a adoção de estratégias cooperativas (acordos que sejam cumpridos); por sua vez, os jogos não cooperativos ocorrem quando não existe a possibilidade de negociação de contratos entre os jogadores, inviabilizando o estabelecimento de obrigações mútuas, e, dessa forma, suas estratégias de jogos são determinadas de forma independente (PINDYCK e RUBINFELD, 2002).

---

[9] A Teoria dos Jogos não foi empregada na análise dos resultados, apenas foram utilizados os conceitos e fundamentos apresentados pela teoria para se explicar as interações estratégicas entre os agentes envolvidos nas negociações.

[10] A TJ fornece amparo conceitual a análise das instituições sustentáveis (*self-enforcement*) no qual há papel fundamental das crenças compartilhadas (GREIF e LAITIN, 2004). Instituições sustentáveis são compostas por elementos institucionais *self-enforcement* que motivam, coordenam e capacitam os indivíduos a seguirem determinadas regularidades comportamentais (GREIF e LAITIN 2004).

[11] A teoria também apresenta estrutura analítica que possibilita a dedução do conjunto (racional) de crenças compartilhadas entre os jogadores permitindo o estudo de suas estratégias em relação aos dilemas que irão enfrentar (GREIF e LAITIN, 2004).

[12] Por exemplo, duas empresas de um determinado setor negociam a execução de um empreendimento em conjunto, pois nenhuma das duas tem capacidade de executá-lo de forma isolada; assim, dividem os lucros decorrentes do investimento (PINDYCK e RUBINFELD, 2002).

[13] Esses contratos podem ser informais, ou seja, sem a presença de uma terceira pessoa. Os contratos estabelecidos entre os jogadores sempre tendem a ser autorealizáveis.

2) Os jogos repetitivos[14] são interações nas quais os jogadores têm a possibilidade de utilizar suas estratégias ao mesmo tempo e receber como consequência o *payoff* várias vezes; já nos jogos sequenciais[15], os jogadores tomam decisões um após o outro, respondendo consecutivamente a ação do outro (PINDYCK e RUBINFELD, 2002; VARIAN, 2006). Nos jogos sequenciais é relevante identificar maneiras de forçar os compromissos entre os jogadores, para que recorram a estratégias determinadas (VARIAN, 2006).

3) Os jogos de soma zero ou constate são os que os jogadores só podem obter como retorno (*payoff*) de sua estratégia o que o outro jogador perdeu ou deixou de ganhar (VARIAN, 2006). Por exemplo, duas empresas concorrentes (duopólio) que visam praticar preços para adquirir a parcela de mercado da outra; nesse caso, as empresas só podem ganhar a parcela que a outra perder (CHIANG, 1982). Por sua vez, nos jogos de soma não zero ou não constantes os jogadores podem obter valores variados de retorno, ou seja, o que um jogador ganha não se limita ao que o outro perde e vice-versa (PINDYCK e RUBINFELD, 2002). Ademais, o resultado positivo de um jogador não representa necessariamente perda para o outro jogador (EUGÊNIO, 2013). Os jogos de soma não zero podem evidenciar a cooperação de duas empresas para a consecução de investimento comum no qual o lucro total do investimento será repartido conforme os resultados nas negociações entre ambas (PINDYCK e RUBINFELD, 2002).

A TJ visa determinar a estratégia[16] ótima de cada jogador. A estratégia ótima é aquela que maximiza o benefício/recompensa (*payoff*) esperado do jogador no "jogo"[17] (PINDYCK e RUBINFELD, 2002). Para a análise da estratégia ótima é necessário ter como pressuposto que os jogadores são racionais e que levam em consideração as consequências de suas ações e as estratégias dos outros jogadores (CHIANG, 1982; PINDYCK e RUBINFELD, 2002).

---

[14] Por exemplo, duas empresas concorrentes, que comercializam carros usados, anunciam seus preços no mesmo jornal que sai no mesmo dia de cada mês. Assim, se ambas divulgarem um preço alto, a variação do ganho de ambas não será significativo; caso contrário, se uma divulgar um preço elevado e a outra um preço mais baixo, esta ganhará mais, *ceteris paribus*. A melhor tática para esse tipo de jogo é denominada estratégia "*tit-for-tat*" que significa que determinado jogador responde de forma igual à estratégia do oponente, cooperando com esse caso haja cooperação e retaliando quando não haja (PINDYCK e RUBINFELD, 2002). Varian (2006) denomina esta estratégia de "olho por olho".

[15] Por exemplo, uma empresa determina seu nível de produção antes que a outra o faça (PINDYCK e RUBINFELD, 2002). A solução desse tipo de jogo é ponderar sobre o conjunto de ações e reações racionais de cada jogador (PINDYCK e RUBINFELD, 2002).

[16] Segundo Pindyck e Rubinfeld (2002), estratégia é uma regra ou plano de ação para cada jogador.

[17] Exemplos de jogos incluem empresas que competem para estabelecer preços, como postos de gasolina competindo por vendas maiores, e os *payoffs* são os lucros esperados após a adoção da estratégia de cada jogador (CHIANG, 1982).

Podem existir, em determinado jogo, estratégias dominantes[18], que representam uma estratégia ótima para o jogador, que independe das possíveis escolhas do outro (PINDYCK e RUBINFELD, 2002; VARIAN, 2006). Assim, independentemente se o jogo for repetitivo ou sequencial, quando existir estratégia dominante para cada jogador será possível prever o equilíbrio do jogo (VARIAN, 2006). Contudo, em muitos jogos, um ou mais jogadores não possuem estratégias dominantes, sendo necessária a conceituação mais geral de equilíbrio do jogo (PINDYCK e RUBINFELD, 2002).

Se os jogadores conhecem as estratégias de seus concorrentes e não têm incentivos para alterar suas estratégias, elas serão estáveis e denomina-se esse estado de equilíbrio de Nash[19] (EN); assim, cada jogador realiza o melhor que pode em função da ação[20] dos outros (PINDYCK e RUBINFELD, 2002; VARIAN, 2006). Logo o conceito de equilíbrio de Nash engloba o conceito de equilíbrio em estratégia dominante. Os jogos podem não ter EN, ter apenas um EN ou ter vários ENs; isso dependerá do tipo de jogo e de sua matriz de *payoff*[21] (PINDYCK e RUBINFELD, 2002).

A tabela 02 apresenta exemplos de jogos relacionados ao presente trabalho.

Tabela 2 - Exemplo de jogos

Jogo	Agentes	Tipo de jogo	Principais estratégias
Jogo X - Pactuação de indicadores e metas vinculadas ao repasse de recursos (contratualização)	**Jogador A** - Gestores locais do SUS; e **Jogador B** - Gestores do HC	Cooperativo, repetitivos e de soma não zero	**Jogador A** - Pactuar elementos (indicadores, metas e pontuações*) que atendam o objetivo da contratualização (garantir a participação ativa do hospital na rede pública de saúde); **Jogador B** - Pactuar indicadores e metas que facilitem a obtenção da pontuação necessária para se receber a totalidade de recursos (por exemplo: em indicadores com metas menos rígidas, pactuar maiores pontuações).
Jogo Y - Estabelecer indicadores e metas intra-organizacionais relacionadas à contratualização (sem vinculação de remuneração aos agentes)	**Jogador B** - Gestores do HC; e **Jogador C** - Funcionários (principalmente o corpo docente da organização)	Cooperativo, repetitivos e de soma não zero	**Jogador B** - Pactuar elementos aderentes e alinhados aos estabelecidos na contratualização no ambiente intra-organizacional a fim de receber o total dos repasses financeiros; **Jogador C** - Resistir a metas que "prejudiquem" a atuação das atividades de pesquisa e ensino (por exemplo, as que ampliam o tempo de prestação de serviços clínicos não relacionados às atividades de docência ou pesquisa).

Fonte: Elaborada pelo autor. * Para cada indicador é atribuído uma pontuação para caso haja atingido a meta. Os recursos repassados pelos gestores do SUS ao hospital dependem do conjunto de pontos conquistados.

[18] Há, também, "equilíbrios de estratégias dominantes". Nesse contexto, cada jogador faz seu melhor, independentemente das escolhas realizadas pelos outros (PINDYCK e RUBINFELD, 2002).

[19] Conceito desenvolvido em 1951 por John Nash, prêmio Nobel de economia em 1994.

[20] Considerando que nenhum jogador conhece a estratégia do outro quando for obrigado a selecionar a própria estratégia (VARIAN, 2006). De acordo com Varian (2006), dado um par de estratégias o equilíbrio de Nash pode ser interpretado como um par de expectativas sobre as escolhas do outro jogador; assim, ao se revelar a escolha estratégica de um jogador, nenhum deles manifestará vontade de alterar sua estratégia.

[21] Tabela que mostra os retornos (*payoffs*) de cada jogador, após sua decisão (PINDYCK e RUBINFELD, 2002). Se a matriz de *payoff* for simétrica, existirá mais de um EN (VARIAN, 2006).

O equilíbrio nos jogos X ou Y serão alcançados se, e somente se, um acordo sem custos entre os agentes for alcançado. Se esse acordo for caro ou não puder ser garantido por terceiro, tornando-se um jogo não cooperativo, o equilíbrio do jogo dependerá exclusivamente dos respectivos poderes de negociação (barganha) dos jogadores (BROUSSEAU e RAYNAUD, 2011).

2.1.2 Instituições como Equilíbrios

Há a necessidade da realização de aprofundamento teórico para se compreender como as regras informais (crenças, convenções, códigos de conduta autoimpostos) se interagem com as regras formais (constituições, leis, regulamentos, contratos) (NORTH, 1990, p. 140 apud KINGSTON e CABALLERO, 2009, p. 170). A nova abordagem que surgiu em resposta à necessidade apresentada é denominada visão de equilíbrio ou análise das instituições como equilíbrio (KINGSTON e CABALLERO, 2009; BROUSSEAU, GARROUSTE e RAYNAUD, 2011; GREIF e KINGSTON, 2011).

A análise das instituições como equilíbrio apresenta algumas definições de instituições como, por exemplo: i) sistemas compartilhados de crenças sobre o comportamento esperado dos membros de uma sociedade em diversas contingências (AOKI, 2001) e ii) sistemas de normas sociais informais, crenças, regras formais e organizações que, juntas[22], coordenam as expectativas dos agentes e geram regularidade comportamental (GREIF e LAITIN, 2004; GREIF, 2006).

Apesar das diferentes definições, as instituições podem ser compreendidas como padrões de comportamento de equilíbrio, em vez de regras[23] que induzem o comportamento (KINGSTON e CABALLERO, 2009). Logo, nessa visão as regras e o comportamento do agente responsável por sua aplicação é analisado como sendo um resultado endógeno, no qual a mudança institucional não se fundamenta sobre a mudança de regras, mas sobre a mudança de expectativas (KINGSTON e CABALLERO, 2009). Ou seja, a mudança institucional ocorre quando há mudança nas expectativas dos jogadores (endógenas), afetando seus

[22] As normas, crenças, regras e organizações são elementos que influenciam o comportamento do jogador e são considerados endógenos ao sistema, mas exógenos para cada jogador (GREIF e KINGSTON, 2011).

[23] O papel das regras e normas, na visão de instituições como equilíbrio, é de dispositivo coordenador das expectativas dos jogadores sobre um dos possíveis equilíbrios do jogo (GREIF e LAITIN, 2004; KINGSTON e CABALLERO, 2009).

comportamentos[24], e não quando há exclusivamente mudança das regras e normas (endógenas ou exógenas ao jogo) (KINGSTON e CABALLERO, 2009; GREIF e KINGSTON, 2011).

Dessa forma, a análise institucional concentra-se na motivação fornecida pelas crenças, normas e expectativas constituídas pelas interações estratégicas entre os jogadores (indivíduos e organizações), que conduzem a padrões de comportamento de equilíbrio ao longo do tempo (BROUSSEAU, GARROUSTE e RAYNAUD, 2011; GREIF e KINGSTON, 2011).

Para a análise da mudança institucional é necessário, inicialmente, compreender como um conjunto de crenças dominantes se desestabiliza e novas crenças compartilhadas surgem (BROUSSEAU, GARROUSTE e RAYNAUD, 2011). O equilíbrio inicial de crenças é desestabilizado quando elas deixam de representar orientações úteis para se compreender as estratégias dos outros (BROUSSEAU, GARROUSTE e RAYNAUD, 2011). Nessa transição de equilíbrios os jogadores passam a processar mais informações porque as instituições anteriores não resumem o que os jogadores podem esperar um do outro, aumentando a complexidade das interações (AOKI, 2001, 2010). Assim, os jogadores passam a explorar novas formas de "jogar o jogo" (BROUSSEAU, GARROUSTE e RAYNAUD, 2011).

Os fatores desestabilizadores das antigas crenças compartilhadas podem ser tanto exógenos[25] (evolução tecnológica, mudança de preferências, novas informações ambientais, modificações nos jogos relacionados ao jogo em análise) como endógenos[26] (crenças dos jogadores sobre as expectativas da ação dos outros que criam condições para aumentar ou enfraquecer a sustentabilidade das instituições) (AOKI, 2001; GREIF e LAITIN, 2004; KINGSTON e CABALLERO, 2009).

Diante dos fatores desestabilizadores, os jogadores passam a buscar estratégias que visem restaurar o equilíbrio institucional, fazendo surgir novo conjunto de crenças compartilhadas (BROUSSEAU, GARROUSTE e RAYNAUD, 2011). Esse novo conjunto de crenças pode surgir de diferentes fontes e em parte depende das interações específicas de interesse (AOKI, 2001). O surgimento desse conjunto de crenças pode ser: i) espontâneo, por exemplo, quando inovações organizacionais são promovidas por alguns empresários

---

[24] O comportamento agregado esperado dos indivíduos em uma sociedade, que está além do controle individual, constitui e cria a estrutura que motiva e influência o comportamento de cada indivíduo; a situação social é "institucionalizada" quando essa estrutura gera regularidade comportamental dos indivíduos (GREIF e KINGSTON, 2011).

[25] De modo relacionado ao presente trabalho também se pode considerar como fatores externos a imposição de regras de órgãos reguladores externos e a implantação pela alta administração (patrocinadores institucionais) de sistemas de mensuração de desempenho das tarefas dos agentes.

[26] Por exemplo, variações nas expectativas em relação à coerção de nova regra.

institucionais[27], alterando os padrões do jogo e obrigando os outros jogadores a seguir sua estratégia (movimento estratégico), ou ii) estar enraizado em experiências anteriores na trajetória institucional, ou seja, passa a ser dependente do caminho (*path dependence*[28]) (BROUSSEAU, GARROUSTE e RAYNAUD, 2011).

O estado de equilíbrio[29] no processo de mudança institucional ocorre quando há regularidade de comportamento[30] e as crenças (sobre as estratégias de cada jogador) podem ser confirmadas (BROUSSEAU, GARROUSTE e RAYNAUD, 2011). Ou seja, partindo-se da definição de instituições como um sistema autosustentável de crenças compartilhadas sobre como o jogo é jogado repetidamente entre atores (AOKI, 2001), as crenças compartilhadas[31] são responsáveis por gerar regras de conduta que reduzem a complexidade das interações sociais (AOKI, 2001 e BROUSSEAU, GARROUSTE e RAYNAUD, 2011).

Dessa forma, no equilíbrio do jogo, somente as crenças compartilhadas que correspondem a um comportamento sustentável (racional) perpetuarão (GREIF, 1994), pois, dado que as crenças compartilhadas são idênticas e conhecidas, e que os jogadores jogam sua melhor estratégia, eles somente irão admitir o conjunto de crenças que sejam sustentáveis, *self-enforcing*[32] (GREIF, 1994). Essas crenças compartilhadas *self-enforced* podem ser

---

[27] Agentes de mudança organizacional são aqueles que decidem nas organizações (NORTH, 1992).

[28] A mudança institucional é *path dependent* quando é consistente com a matriz institucional existente e é regida pelos tipos de conhecimentos e habilidades que os empresários e membros organizacionais investem (NORTH, 1993). Ou seja, um processo diz ser dependente de caminho quando os resultados atuais e futuro são influenciados por padrões anteriores. Para Brousseau, Garrouste e Raynaud (2011), a evolução dos equilíbrios pode ser conduzida por caminhos incrementais de alterações devido a efeitos provocados por imitação; dessa forma, novas instituições não são criadas num contexto de crise, mas por meio do processo de transformação gradual e progressiva. As regras informais (costumes, tradições) evoluem lentamente (WILLIAMSON, 2000) porque elas são dificilmente negociadas formalmente entre os agentes; como resultado, elas avançam por meio de processos incrementais de inovação local (endógena), imitação e adoção progressiva (BROUSSEAU, GARROUSTE e RAYNAUD, 2011). Segundo Gagliardi (2008), o conceito de dependência de caminho foi introduzido por David (1985) e Arthur (1989).

[29] Kingston e Caballero (2009) argumentam que no equilíbrio os jogadores são constrangidos, tanto pelas limitações institucionais exógenas quanto endógenas, que refletem as estratégias dos outros jogadores e que estão delineadas de forma resumida no conjunto de regras formais e informais.

[30] Para Greif e Kingston (2011), uma regularidade do comportamento não implica a uniformidade do comportamento, pois é uma característica do agregado comportamental dos jogadores e não de cada jogador; ademais, a regularidade comportamental não representa necessariamente um comportamento frequente, mas que esteja regularizado (por exemplo: *impeachment* de um presidente)

[31] Aoki (2001) afirma que não é necessário que cada jogador saiba todas as estratégias do outro, sendo suficiente que ele possa prever com exatidão os retornos que pode obter tomando as diversas ações viáveis.

[32] Segundo Furubotn e Richter (2000) acordos *self-enforcing* surgem porque os acordos estabelecidos em contratos não são perfeitamente coercivos para que as partes cumpram suas determinações. Esses acordos têm importante papel na proteção contra o comportamento oportunista *ex-ante* e *ex-post* entre as partes do contrato (FURUBOTN e RICHTER, 2000). Logo, uma possibilidade para relações comerciais de longo prazo é encontrada nos acordos de *self-enforcing*; nesses acordos, a única escolha da parte que descobre a violação de outra é terminar o contrato. Desse modo, não há intervenção de terceira parte. Um acordo *self-enforcing* é verificado quando os benefícios de violação são sempre menores que os benefícios de honrar o contrato no longo-prazo (FURUBOTN e RICHTER, 2000). Para Furubotn e Richter (2000) os acordos *self-enforcing*

representadas por um conjunto de distribuição de probabilidade de uma combinação de estratégias que produzem equilíbrio (GREIF e LAITIN, 2004).

A figura 01 ilustra uma interação inicial dos conceitos da dinâmica de mudança institucional, tendo como base as crenças compartilhadas.

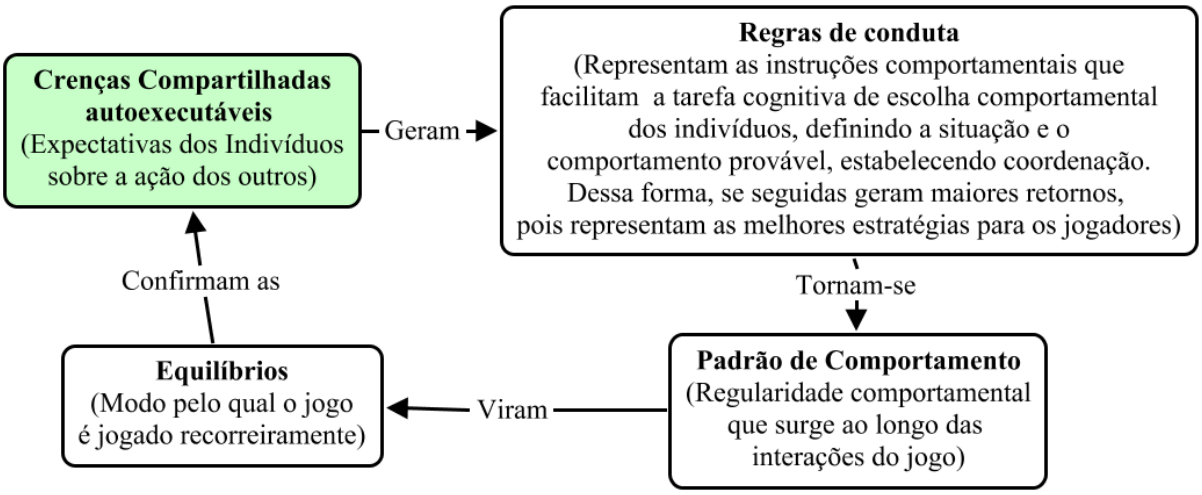


Figura 1 - Fluxo inicial sobre mudança institucional.
Fonte: Elaborada pelo autor com base na literatura revisada.
Nota: Para a leitura do mapa conceitual, inicie pela caixa de texto colorida.

As instituições e os comportamentos recorrentes dos jogadores são considerados elementos de mesma natureza (BROUSSEAU e RAYNAUD, 2011). Assim, a mudança institucional[33], para os autores, pode ser analisada sob a perspectiva da mudança de comportamento por meio da modificação das crenças compartilhadas (BROUSSEAU, GARROUSTE e RAYNAUD, 2011).

Greif e Laitin (2004, p. 635), ampliando a visão sobre a análise da mudança institucional, apresentam quatro elementos: i) e ii) normas e crenças compartilhadas, que proporcionam a motivação dos jogadores; iii) organizações, que são elementos institucionais que influenciam o conjunto de normas e regras sustentáveis (*self-enforcing,* ver nota de rodapé 32) no jogo em questão, e iv) regras, que representam as instruções comportamentais que facilitam os indivíduos com a tarefa cognitiva de escolher comportamento, definindo a situação e o comportamento que estabelece coordenação. Dessa forma, as normas, crenças compartilhadas, organizações e regras influenciam o comportamento dos jogadores de forma a gerar regularidades[34] comportamentais (GREIF e LAITIN, 2004).

---

podem ser "puros" ou "na sombra da lei". Ambos os acordos pressupõem que há a possibilidade de que as partes envolvidas reconheçam imediatamente o que representa uma violação dos acordos.

[33] Segundo Brousseau, Garrouste e Raynaud (2011), na visão de instituições como equilíbrio, a mudança de comportamento dos jogadores é identificada como mudança nas instituições.

[34] Segundo Greif e Laitin (2004), as regularidades comportamentais permitem avaliar os atributos do equilíbrio do jogo sem assumir que a instituição esteja em equilíbrio.

Dentre os elementos apresentados, as regras são consideradas os componentes institucionais que coordenam os comportamentos dos jogadores (GREIF e LAITIN, 2004; BROUSSEAU, GARROUSTE e RAYNAUD, 2011). Contudo, há diferença entre as regras em forma[35] e as regras em uso (regras que são realmente seguidas) (OSTROM, 2005). Dessa forma, somente as que geram padrões de comportamentos *self-enforced* (nota de rodapé 32), analisadas de forma endógena ao jogo, têm a capacidade de gerar equilíbrio institucional (GREIF e KINGSTON, 2011; KINGSTON e CABALLERO, 2009).

A distinção entre regras e comportamentos tem consequências para a dinâmica das instituições, pois as alterações nas regras podem levar a resultados diferentes e não intencionais (não relacionada às finalidades da regra) no comportamento dos jogadores (KINGSTON e CABALLERO, 2009). Esse fato explica as dificuldades no direcionamento dos objetivos gerenciais quando se objetiva mudar instituições com alterações em regras (BROUSSEAU, GARROUSTE e RAYNAUD, 2011).

A figura 02 ilustra as relações entre os construtos relacionados ao equilíbrio e mudança institucional.

[35] Greif e Kingston (2011) exemplificam as regras em forma, afirmando que a existência de uma norma contra a fraude é insuficiente para regulá-la. Ou seja, é necessário verificar como a norma é sustentada pelo comportamento esperado e comportamento real dos jogadores (GREIF e KINGSTON, 2011). Além disso, segundo os autores, a corrupção que arruína muitos sistemas políticos não é causada pela ausência de regras que estabelecem medidas preventivas, mas sim por certas regularidades de comportamento.

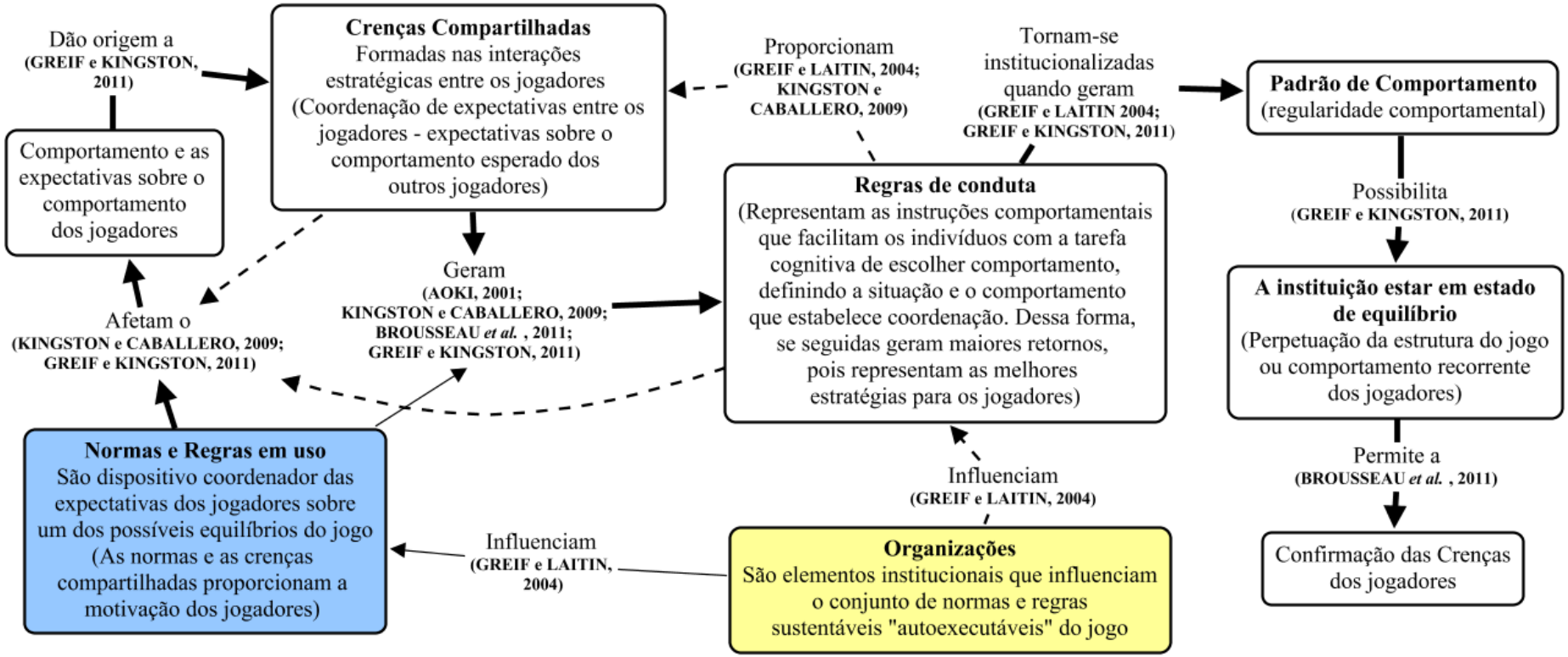


Figura 2 - Fluxo dos construtos sobre mudança institucional.
Fonte: Elaborada pelo autor com base na literatura revisada.
Nota: Para a leitura do mapa conceitual, inicie saindo da caixa de texto "**Normas e Regras em uso**" e siga as linhas grossas até o ultimo texto; em seguida inicie pela caixa de texto "**Organizações**" e acompanhe as linhas tracejadas e termine na caixa de texto após o termo "**Afetam o**"; e finalmente inicie novamente pela caixa de texto "**Organizações**" e continue a leitura pelas linhas finas até a caixa de texto "**Regras de conduta**".

Tanto as normas sociais informais impostas, dentro de uma comunidade, quanto as regras formais, podem ser vistas como dispositivos de coordenação de expectativas dos agentes (GREIF, 2006; KINGSTON e CABALLERO, 2009). O mecanismo de regras formais pode ser utilizado para atender a interesses políticos (agentes com o poder de mudar as regras formais); contudo, se as novas regras não especificarem um padrão de comportamento *self-enforced*, elas podem não ter o efeito desejado (GREIF e KINGSTON, 2011).

Por exemplo, a regra de proibição de comportamento só será eficaz se gerar expectativa que outros agentes, incluindo os responsáveis por aplicá-la, irão agir de acordo com ela; portanto, a mudança institucional não se fundamenta exclusivamente na mudança de regras, mas, sobretudo, na mudança de expectativas (KINGSTON e CABALLERO, 2009).

A mudança institucional pode ocorrer por meio de "equilíbrios pontuados" nos quais há mudanças graduais, ocasionalmente gerando "crises" que passam a demonstrar que os padrões existentes de comportamento não constituem equilíbrio (KINGSTON e CABALLERO, 2009).

A análise empírica da mudança institucional centra-se na motivação fornecida pelas expectativas *self-enforced*[36] (crenças[37] compartilhadas) (GREIF e KINGSTON, 2011). Essa análise inicia-se pela identificação dos "atributos" sociais, tecnológicos e físicos da situação de interesse; em seguida, observam-se as expectativas *self-enforced* e o comportamento implícito que pode prevalecer, ou seja, modela-se a situação como um jogo (especificando: jogadores, possíveis ações, sua ordem, informações e "*payoffs*"), e determinam-se equilíbrios (GREIF e KINGSTON, 2011).

Ao se encontrar equilíbrios, pode-se examinar como a interação dos "atributos" pode mudar o conjunto das expectativas *self-enforced*, alterando as reações esperadas por outros jogadores para determinada ação do agente (GREIF e KINGSTON, 2011). Assim, quando as reações esperadas são críveis, as ações são alteradas e o conjunto de comportamentos *self-enforced* pode expandir-se (GREIF e KINGSTON, 2011).

---

[36] As expectativas *self-enforced* representam, de acordo com Greif e Kingston (2011), o compartilhamento das expectativas de que os agentes irão seguir e serão motivados a adotar o comportamento de equilíbrio.

[37] Conforme destaca Greif e Kingston (2011), "as crenças motivam o comportamento das pessoas, influenciando os custos e os benefícios percebidos de várias ações, incluindo expectativas sobre o comportamento dos outros". Além disso, os autores argumentam que as crenças são importantes para a análise institucional porque os agentes econômicos têm assimetria informacional e diferente conhecimento e compreensão cognitiva sobre o meio ambiente e as estratégias dos outros jogadores. Além disso, Greif (2006), ao aprofundar a análise sobre a influência das crenças e normas (componentes não observáveis das organizações) na mudança institucional, afirma que duas sociedades com as mesmas regras formais (componentes observáveis) que especificam os direitos de propriedade terão diferentes níveis de investimento, se diferentes crenças sobre a aplicação desses direitos prevalecerem em cada uma. Pois, para o autor, as "crenças comportamentais" (na perspectiva da teoria dos jogos) influenciam de forma direta e indireta a tomada de decisão dos agentes.

Alterações na estrutura de informação ou a introdução de novo ator (por exemplo, um juiz) podem mudar as expectativas dos agentes (no exemplo do juiz, a punição deve ser suficientemente alta, para que os jogadores compartilhem a crença sobre a eficácia da sanção[38]) (GREIF e KINGSTON, 2011). Logo, a abordagem de instituições como equilíbrios concentra-se em como as expectativas são formadas, o porquê e para que efeito (GREIF e KINGSTON, 2011).

Finalmente, destaca-se que o equilíbrio institucional possibilita a previsibilidade do comportamento e, por conseguinte, a segurança das relações entre os agentes, o que favorece, por exemplo, o investimento e o empreendimento econômico (BROUSSEAU, GARROUSTE e RAYNAUD, 2011). Contudo, há dificuldades de se realizar mudanças porque a estabilidade faz constituir posições relativas aos agentes econômicos, firmando compromissos (explícitos e implícitos) entre os diversos *stakeholders* institucionais (BROUSSEAU, GARROUSTE e RAYNAUD, 2011).

Mesmo entre os agentes que se beneficiariam com a mudança existem os que apresentam preferências para a estabilidade, porque durante a mudança institucional há dificuldades de se prever e controlar[39] as interdependências e o comportamento estratégico entre os jogadores para o novo estado de equilíbrio[40] (BROUSSEAU, GARROUSTE e RAYNAUD, 2011).

2.2 Instituições como mecanismos de regulação da conduta e mudança institucional

O mercado, de trocas econômicas e interações sociais, conta com dois apoios institucionais[41] para o desenvolvimento da troca econômica. Segundo Greif (2008, p. 727), esses dois pilares são as Instituições de Execução de Contratos (IECs) ou *Contract-Enforcement Institutions* (CEIs) que delineiam as faixas nas quais os agentes se comprometem a manter suas obrigações contratuais, e as Instituições Aplicadoras de Coerção (IACs) ou *Coercion-Constraining Institutions* (CCIs) que representam as instituições que

[38] Deve ser crível e aqueles que devem ser punidos não devem ser capazes de escapar da sanção (GREIF e KINGSTON 2011).
[39] Prever e controlar as interdependências e o comportamento estratégico entre os jogadores (BROUSSEAU, GARROUSTE E RAYNAUD, 2011).
[40] As soluções que gerem melhores equilíbrios podem ser desconhecidas dos agentes porque a forma eficiente de se lidar com o problema é desconhecida e/ou a difusão do conhecimento relevante para os tomadores de decisão é imperfeita (BROUSSEAU, GARROUSTE E RAYNAUD, 2011).
[41] Os apoios institucionais também são moldados pela evolução dos mercados (GREIF, 2008).

distribuem e regulam o uso do poder coercitivo (de execução) e, desse modo, restringem o poder das CEIs[42] de abusar do direito de propriedade dos agentes.

As CEIs podem surgir espontaneamente (*organic*) ou de modo projetado, intencional, deliberado (*designed*) (GREIF, 2008). As CEIs *organic*[43] surgem de modo inesperado e imprevisível nas fases iniciais de desenvolvimento do mercado como resultado da busca dos interesses individuais; por sua vez, as CEIs *designed* são criadas atendendo a uma demanda dos agentes econômicos e são influenciadas por vários fatores, como os sociais e culturais (GREIF, 2008).

As CEIs também podem ser de ordem pública (*public-order*) ou de ordem privada (*private-order*) (GREIF, 2008). As CEIs *public-order* são as que se baseiam principalmente sobre as sanções de execução de contratos impostas pelo Estado (agentes públicos); já as CEI *private-order* são as instituições que se baseiam principalmente nas sanções econômicas e sociais impostas por agentes privados (GREIF, 2008).

A figura 03 abaixo apresenta os tipos de CEIs, segundo Greif (2008).

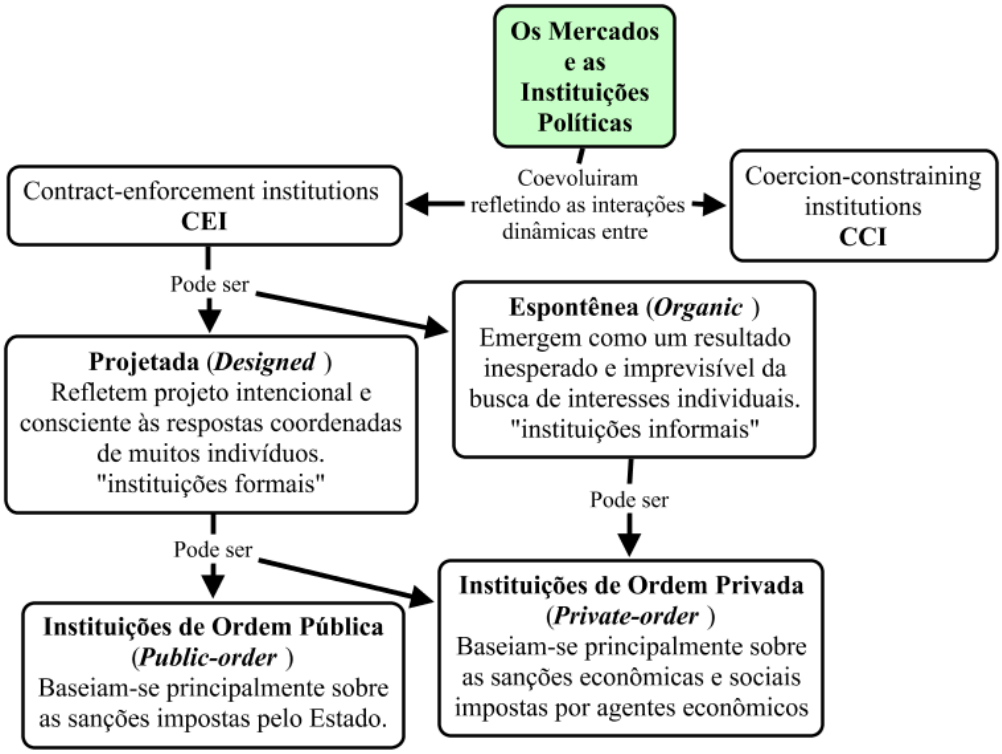


Figura 3 - Tipos de Instituições e suas subdivisões.
Fonte: Adaptado de Greif (2008).
Nota: Leia o mapa conceitual de cima para baixo seguindo as direções das setas.

As CEIs dependem da existência das CCIs (GREIF, 2008). Para ilustrar essa afirmação, Greif (2008) apresenta o seguinte exemplo: quando são criadas CEIs *designed*

[42] Durante o presente estudo serão utilizadas as siglas em inglês CEIs e CCIs para designar os tipos de instituições.
[43] O estudo adotará as terminologias em inglês para designar essa e as demais subdivisões das CEIs.

public-order com a finalidade de revelar as riquezas (capacidade de pagamento), ou o risco de crédito dos agentes essas somente serão utilizadas se CCIs garantirem que essas informações não comprometam os direitos de propriedade dos agentes. Se as CCIs não fossem capazes de gerar essa garantia, as CEIs *designed* serão subutilizadas, pois os agentes preferirão reduzir suas interações nesse ambiente (GREIF, 2008).

O presente estudo analisará particularmente as CEIs, dessa forma, a seção a seguir detalhará o modo de operação desse tipo de instituição que apoia o "mercado". As articulações teóricas da próxima seção foram aplicadas ao caso para facilitar o entendimento do leitor.

2.2.1 *Contract-Enforcement Institutions* (CEIs)

Normalmente quando se aplica a teoria de mudança institucional o termo "mercado de troca" ou "mercado" denota o espaço de negociação, interação, aplicação das estratégias do "jogo" entre os agentes (GREIF, 2008). No caso em questão existem dois ambientes de negociação (mercados), uma entre os gestores do hospital e governo (pactuação de indicadores e metas, conforme estabelece o PRHE) e outra entre os gestores do hospital e os demais funcionários da organização (intraorganizacional).

O mercado[44] e as CEIs se apoiam reciprocamente. As CEIs são necessárias para apoiar os mercados, porque a troca é quase sempre sequencial e as trocas do mercado são determinadas por seu apoio às CEIs (GREIF, 2008). Dessa forma, o exame do desenvolvimento das CEIs em um "mercado de trocas" possibilita estudar sua eficiência relativa e dinâmica (GREIF, 2008).

As CEIs no presente estudo podem ser aquelas que atuam no ambiente externo ao HC (por exemplo: as que coordenam as relações do HC com seus fornecedores ou as relações entre os gestores do HC e os gestores locais do SUS) ou as que atuam no ambiente interno ao HC (por exemplo: os instrumentos de mensuração de desempenho).

A eficiência da troca, ou da relação entre partes nos "mercados", pode ser afetada por problemas de seleção adversa (*ex-ante) e* risco moral *(ex-post)* (GREIF, 2008). Enquanto a seleção adversa coloca um par na relação com condições aquém do esperado pela outra parte, o risco moral que uma das partes incorre prevê a mudança do comportamento desta parte ser

[44] Representam os dois ambientes de negociação nos quais os gestores do HC atuam.

diferente do anteriormente sinalizado por ela antes de acordo ser assinado. As CEIs, por informarem as condições esperadas na relação e as conseqüências do não cumprimento do acordo, acabam por orientar a conduta dos agentes envolvidos (ex. o HC como "futuro pagador" no caso de um contrato de serviços com seus fornecedores), ficando as partes cientes *ex-ante* que a melhor decisão *ex-post* é a de cumprir o acordo (GREIF, 2008).

Essa melhor decisão *ex-post* poderá ser alcançada se a CEI for capaz de fazer ameaças (punição ou recompensas) críveis (GREIF, 2008). As ameaças devem ser suficientemente altas para impedir violação, e o "infrator" não ser capaz de escapar das punições (GREIF, 2008). O agente econômico que faz a ameaça, e o tipo de ameaça variam entre as 3 CEIs.

Por exemplo, nas relações externas ao HC devem existir mecanismos de punição que coordenem o comportamento do HC em quitar seus fornecedores; ou seja, de que o HC saiba *ex-ante* (antes da negociação com o fornecedor) que deve *ex-post* (após a negociação e realização da encomenda) cumprir o contrato de compra.

O ambiente de troca é composto, interpenetrado pelos três tipos de CEIs. Ao mesmo tempo em que instituições públicas projetadas (*designed public-order*) dão a estrutura geral de transação entre as partes e criam espaços legais e jurídicos de direitos de propriedade para novos arranjos serem desenhados e mantidos por iniciativa única das partes (*designed private-order),* algumas condições são mantidas fora dos contratos formais e ficam sob coordenação de mecanismos de auto-coerção *(organic private-order).*

As *CEIs* do tipo *designed public-order* coordenam o comportamento dos agentes por meio de leis e regulamentos, recolhendo e processando informações de modo a impedir quebras de contrato (GREIF, 2008). A eficácia desse tipo de CEIs vem do fato de contarem com a autoridade do Estado (poder coercitivo) para requisitar informações e punir os "infratores" (GREIF, 2008). Por exemplo, caso os gestores do SUS ou do HC não cumpram as normas do convênio, o contrato estabelece as punições e sanções que utilizam a infraestrutura do Estado (Poder Judiciário). Para Greif (2008), o sistema legal consiste numa 3ª parte da relação que impõe custos à violação contratual, garantindo o desempenho do contrato, para os casos em que esses não são auto-coercivos.

Já as *CEIs* do tipo *designed private-order*, são intencionalmente criadas pelos agentes econômicos em resposta a oportunidades de ganhos decorrentes da melhor execução dos contratos (GREIF, 2008). Esse tipo de CEI tem capacidade de realizar ameaças críveis na imposição de sanções econômicas, com regras explícitas e organizações criadas intencionalmente para resolver disputas e impor sanções (GREIF, 2008).

As organizações e regras das *CEIs designed private-order* melhoram a estrutura informacional, proporciona coordenação e altera a interação estratégica entre os agentes (GREIF, 2008). Essas organizações e/ou os agentes que as controlam são motivados por interesses econômicos e os meios legais devem impedir o abuso dessas CEIs na busca desses objetivos (GREIF, 2008).

As *CEIs designed private-order* são operadas por mecanismos que (i) intermedeiam informações ou que (ii) intermedeiam a relação entre os agentes econômicos (GREIF, 2008). Os mecanismos que intermedeiam informações reduzem o custo de aquisição de informações (capacidade de cumprir contratos) da conduta passada do agente econômico, melhorando a qualidade, velocidade de circulação da informação, a capacidade de monitoramento (sinalizações de sua reputação), a redução da probabilidade de punição inadequada e possibilitando maior certeza da punição multilateral (GREIF, 2008).No caso em questão, os Sistemas de Mensuração de Desempenho criados no ambiente intraorganizacional distribuem as informações de modo a proporcionar a coordenação e alteram as interações estratégicas entre os agentes.

Os mecanismos que intermedeiam a relação entre os agentes econômicos promovem o cumprimento dos contratos, pois substituem as interações frequentes entre os agentes pela interação frequente com a organização (GREIF, 2008). Segundo Greif (2008), um exemplo para esse tipo de organização são as empresas de cartões de crédito, pois quando um agente utiliza seu cartão, essas empresas passam a atuar como um elo entre o vendedor e o comprador. Assim, caso a pessoa que utilizou serviço para realizar a compra deixe de pagá-la, ela perde a possibilidade de realizar futuras compras utilizando o cartão (GREIF, 2008).

Quanto mais críveis forem as ameaças das organizações que intermedeiam a relação entre os agentes, para disciplinar seus membros, maior o valor da sociedade, pois, para Greif (2008), esse ambiente atrairá mais comércio.

As estruturas de custos das *CEIs designed private-order* são semelhantes às da *CEIs designed public-order*; nessas estruturas há custo elevado para a criação das instituições e custo marginal baixo (GREIF, 2008).

Por fim, as *CEIs* do tipo *designed private-order* apoiam o terceiro tipo de CEIs, *organic private-order*. As regras intencionais, explíticas e consistentes projetadas pelas partes regulam e coordenam o comportamento, os processos de mudança das regras e organizações intencionalmente criadas que têm capacidade adicional de execução dos contratos (GREIF, 2008).

Por fim, as *CEIs do tipo organic private-order* (doravante CEI *organic*) surgem para evitar os ambientes nos quais os agentes privados têm perspectivas benéficas ao romperem contratos (GREIF, 2008). Nesse tipo de CEI a ameaça crível é realizada pelos agentes econômicos que impõem sanções para impedir a violação (GREIF, 2008).

Um tipo de sanção utilizada nos ambientes onde existem *CEIs organic* é a perda de reputação (GREIF, 2008). A sanção sobre a reputação do agente "infrator" é mais eficaz quanto maior for o valor para ele de seus relacionamentos futuros (GREIF, 2008). Logo, de acordo com o autor, a probabilidade do surgimento de uma *CEI organic* é maior em ambientes nos quais o mercado é pequeno e é cara a procura de novo parceiro para realizar trocas. Pois, se o mercado fosse grande e dispusesse apenas de punição bilateral (do agente enganado), o agente "infrator" poderia procurar parceiro alternativo para futuras trocas (GREIF, 2008).

Caso as reputações fossem multilaterais (punição multilateral), ou seja, entre vários agentes, mais características do comportamento dos agentes seriam monitoradas, melhorando a circulação de informações no mercado e sanções mais elevadas seriam impostas aos "infratores" (GREIF, 2008). O mecanismo de reputação/punição multilateral de uma *CEIs organic* atua apoiado nas estruturas sociais, crenças culturais e normas da localidade em que opera a relação (GREIF, 1994).

Como mencionado, as *CEIs designed public-order* podem promover o funcionamento das *CEIs organic* por estabelecerem um sistema legal que garanta as punições (GREIF, 2008). Em comparação com as *CEIs organic*¸ elas (*designed public-order*) têm elevado custo fixo (custos legislativos, judiciais, administrativos e de coordenação), que é compensado com o ganho de escala após seu estabelecimento, dado baixo custo marginal (GREIF, 2008).

Destaca-se ainda outras fragilidades que podem ser apresentadas pelas *CEIs designed public-order*: necessidade de informações verificáveis, restrições orçamentárias e capacidade administrativa, comportamentos estratégicos dos agentes para os incentivos implícitos presentes nas leis e regulamentos (dificuldade de criação de incentivos adequados) (GREIF, 2008).

Com relação às perspectivas do caso em estudo, os fornecedores de equipamentos, medicamentos e materiais do HC, possuem um contrato com o HC feito sob a lei de licitações. Tais contratos são típicas CEI *designed*, que consideram a 3ª parte (arbitro público) como mecanismo de coerção. Contudo, apesar de poderem acessar o arbitro publico quando o HC não cumpre o pagamento de um contrato, não o fazem. Ao mesmo tempo que o HC teria uma redução de reputação por inadimplência, os fornecedores estão em um mercado restrito

de troca. Se decidem usar a 3ª parte (arbitro público) como fonte de coerção, tais fornecedores podem ter reputação afetada na preferência do HC em futuras contratações (mesmo que públicas). Como a reputação é sensível para ambas as partes, o contrato de serviços CEI *designed*, coordenado tipicamente *self-enforced* por uma CEI *organic*.

Outro exemplo de CEI *designed* é o contrato[45] de desempenho estabelecido entre o gestor local do SUS e o representante legal do hospital (gestores do HC), que firma a troca econômica entre ambos. As regras explícitas dos contratos visam coordenar o comportamento dos agentes pela subordinação de suas ações às normas pactuadas. No contexto do HC, os gestores do SUS repassam recursos para o hospital conforme suas atividades e desempenho e a organização em troca presta serviços assistenciais a população. Como será visto em seguida, a interação entre as partes fará emergir entendimentos compartilhados de como o contrato deve ser operacionalizado. Este entendimento em si é uma CEI *organic*, tipicamente *self-enforced.* Por fim, para conduzir o direcionamento pelo desempenho objetivado no contrato entre os gestores locais do SUS e do HC, o PRHE estabelece a implantação de um instrumento de mensuração de desempenho, denominado Plano de Metas, que deve ser monitorado por uma Comissão de acompanhamento do contrato. A diretriz do PRHE é uma *public order*, e que culminará no desenvolvimento de sistemas de desempenhos no HC que em si constituem regras e ritos de negócios internos ao HC, que irão coordenar as ações das áreas, departamentos, laboratórios e equipes médicas do hospital (*designed-private order*).

De acordo com Greif (2008), ainda não há um corpo sistemático de conhecimento acerca da eficiência relativa desses dois tipos de CEIs. Apesar disso, destaca que as *CEIs designed public-order* apresentam benefícios potenciais na utilização imparcial da terceira parte na execução dos contratos e que as *CEIs designed private-order* irão auxiliar no cumprimento dos contratos apenas na medida em que se beneficiarem diretamente de fazê-lo.

A figura 04 apresenta o resumo dos tipos de CEIs e suas interações.

[45] São elementos do contrato o Plano Operativo, o Plano de Metas e a Comissão Permanente de Acompanhamento do Contrato, esses elementos serão apresentados detalhadamente nas seções 3 e 4.

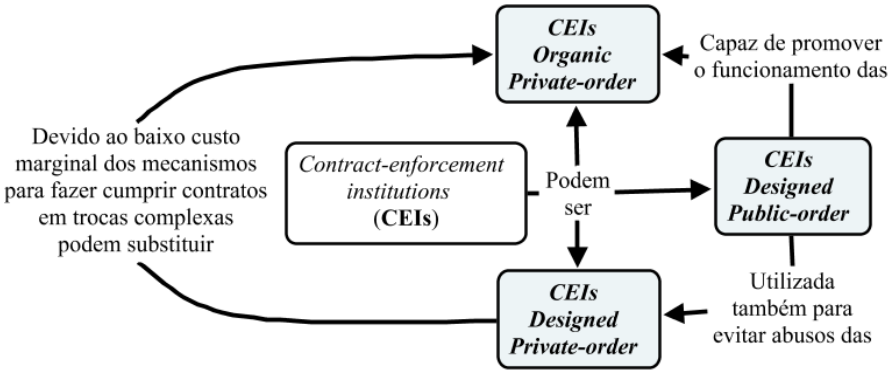


Figura 4 - Resumo dos tipos de CEI e suas interações.
Fonte: Adaptado de Greif (2008).
Nota: Para leitura parta da caixa de texto "***Contract-enforcement institutions* (*CEIs*)**"

Nas organizações econômicas antigas, as *CEIs designed private-order* substituíram as *CEIs designed public-order*, pois essas eram relativamente subdesenvolvidas e o Estado tinha capacidade administrativa limitada (GREIF, 2008). O crescimento das economias de mercado criou o ambiente favorável para o estabelecimento das *CEIs designed public-order,* fazendo com que, nesse novo cenário, coexistam os dois tipos de *CEIs* (GREIF, 2008).

A tabela 3 apresenta o resumo dos tipos de CEI que operam no caso em estudo conforme os exemplos apresentados nessa seção.

Tabela 3 – Resumo dos tipos de CEI e exemplos de como se opera no caso do HC

Tipo de *CEIs*	Exemplos de como as CEI se apresentam no caso em estudo
Designed public-order	Convênio no PRHE entre HC e SES-SP, regras de repasses de recursos, e adoção do PMI. Operado pelos gestores do HC e do SUS. Possui possibilidade de uso da 3ª parte (judiciário).
Designed private-order	Contratos com fornecedores (usualmente não acionam a 3ª parte). Sistemas de Mensuração de Desempenho adotados no ambiente intraorganizacional do HC para coordenar equipes e departamentos.
Organic private-order	Reputação como elemento de coerção nos contratos com fornecedores (usualmente não acionam a 3ª parte).

Fonte: Elaborado pelo autor.

2.3 Sistema de Mensuração de Desempenho – SMD

A mensuração do desempenho para os administradores hospitalares permite o desenvolvimento de meio sistemático para identificar deficiências e melhorar o desempenho da organização (PURBEY, MUKHERJEE e BHAR, 2007). A mensuração de desempenho deve, portanto, ter por objetivo controlar e melhorar o desempenho hospitalar, além de gerenciar a qualidade e a participação das partes interessadas (*stakeholders*) (OMS, 2003).

Como forma de aprimorar a avaliação e mensuração[46] de desempenho, os gestores tem utilizado a ferramenta denominada Sistemas de Mensuração de Desempenho – SMD. O SMD visa delinear mecanismos de controle gerencial, tanto para alcançar os resultados quanto para o estabelecimento de meios para alcançá-los em nível organizacional e não em nível individual (BROADBENT e LAUGHLIN, 2009). Ademais, esse Sistema deve ser modificado para cada organização e demanda novas capacidades organizacionais, que devem ser desenvolvidas de modo a melhor gerenciá-lo (SANDERSON, 2001; MICHELI e KENNERLEY, 2005).

Considera-se SMD todo sistema que utiliza medidas financeiras e não financeiras[47] para operacionalizar os objetivos estratégicos da organização (FRANCO-SANTOS, LUCIANETTI e BOURNE, 2012). Segundo Franco-Santos, Lucianetti e Bourne (2012, p. 80), o sistema deve respeitar três suposições para ser considerado SMD : (i) deve avaliar o desempenho, tanto para fins informacionais quanto para fins motivacionais (independente do nível organizacional em que o desempenho é mensurado); (ii) deve compreender uma infraestrutura informatizada de apoio (*Excel*, *Enterprise Resource Planning - ERP*, *Business Intelligence - BI*); e (iii) o sistema deve envolver processos específicos de prestação de informações (*design* e captura de dados).

Dessa forma, os Indicadores Chave de Desempenho - ICDs (*Key Performance Indicators - KPIs*) só serão considerados SMD se estiverem relacionados com a estratégia organizacional (FRANCO-SANTOS, LUCIANETTI e BOURNE, 2012). Para os autores o orçamento tradicional e o custeio baseado em atividades não são considerados SMD, pois utilizam apenas medidas financeiras, embora estejam relacionados à estratégia organizacional.

Com relação à utilização do SMD, o sistema deve ser empregado para o planejamento do trabalho e definição de expectativas; monitorar o desempenho de forma contínua; desenvolver a capacidade de execução da tarefa; classificar o desempenho periodicamente de forma resumida e recompensar o desempenho adequado (BROADBENT e LAUGHLIN, 2009). Contudo, caso o SMD não forneça medidas facilitadas para tomada de decisão,

---

[46] Para Broadbent e Laughlin (2009), há diferenças entre os termos mensuração de desempenho (*performance measurement*) e gestão do desempenho (*performance management*). O primeiro ocorre *ex post* e o segundo *ex ante* ao resultado da organização.

[47] Grafton, Lillis e Widener (2010) incentivam os gestores a utilizarem múltiplos indicadores de desempenho financeiros e não financeiros. Para Naranjo-Gil e Hartmann (2007), os indicadores financeiros são geralmente considerados objetivos e relevantes para a mensuração dos custos de curto prazo e para o desempenho econômico das organizações hospitalares, mas são menos utilizados para avaliações de longo prazo; já os indicadores não financeiros ou operacionais podem ser mais controláveis e orientados para o futuro, mas estão sujeitos a maior subjetividade. Esses indicadores devem estar associados aos Sistemas de Mensuração de Desempenho, sendo projetados para refletir os atributos desejados (GRAFTON, LILLIS e WIDENER, 2010).

tornam-se menos prováveis de ser utilizado para gerenciar efetivamente a entidade (GRAFTON, LILLIS e WIDENER, 2010).

2.3.1 Atributos de um SMD

Autores como Otley (1987), Moon e Fitzgerald (1996), Purbey, Mukherjee e Bhar, (2007), Perego e Hartmann (2009) e Franco-Santos, Lucianetti e Bourne (2012) apresentam atributos que um Sistema de Mensuração de Desempenho deve ter para operacionalizar de forma eficiente, efetiva e eficaz, a estratégia organizacional. Cada autor supracitado define os atributos do SMD conforme sua perspectiva de análise.

Otley (1987) apresenta três atributos do SMD. O primeiro está relacionado à *dimensão*, na qual os indicadores utilizados não devem ficar restritos aos financeiros, sujeitos a possíveis manipulações, mas também devem incorporar indicadores não-financeiros[48], capazes de capturar outros atributos do desempenho. O segundo está relacionado à definição de *padrões* esperados. Esse processo considera quem estabelece os padrões (proprietário)[49], o nível em que as normas são estabelecidas (exequibilidade)[50] e a forma com que elas facilitam as comparações entre as unidades da organização (equidade). O terceiro atributo é a *recompensa,* e está relacionada à forma de se orientar os indivíduos a trabalhar conforme os *padrões* estabelecidos. Esse atributo está subdivido em: (i) grau de clareza[51] com que o sistema é exposto a todos aqueles que estão sujeitos a seus efeitos; (ii) grau de motivação[52] do

[48] Para Kaplan e Norton (1992), a utilização de indicadores não-financeiros pode retratar melhor a qualidade, o desempenho das atividades e a consequência da estratégia adotada.

[49] Quando ocorre a participação no estabelecimento de padrões, as unidades tornam-se mais propensas em aceitá-los. Por exemplo, o orçamento participativo é considerado benéfico para a organização, uma vez que reduz as consequências disfuncionais associadas aos tradicionais mecanismos de controle, contudo, maiores participações geram propensão à criação de folgas orçamentárias (MOON e FITZGERALD, 1996). Para Merchant (1985b), as folgas orçamentárias ocorrem quando uma organização ou unidade controla mais recursos do que o necessário para realizar ou manter suas atividades (excesso de valor orçado); assim, esse excesso pode ser usado de maneira discricionária ou como forma de amortecer os "maus tempos". Indicadores com metas frouxas mascaram o desempenho, gerando folgas e afetando o contexto organizacional ao distorcer as informações para tomada de decisão (MERCHANT, 1985b)

[50] Níveis elevados de exigibilidade podem desmotivar os agentes (MOON e FITZGERALD, 1996).

[51] A melhor compreensão do SMD auxilia a implementação da estratégia, pois os empregados devem saber qual o objetivo da organização, o que ela espera deles, como e por que sua contribuição, para alcançar os objetivos da organização, é avaliada (MOON e FITZGERALD, 1996).

[52] É afetado tanto pela recompensa utilizada quanto pelo conjunto de metas do próprio indivíduo (MOON e FITZGERALD, 1996).

indivíduo para realizar o que é esperado de modo a atingir o desempenho; e (iii) nível de controle[53] que se tem sobre as unidades que são subordinadas à unidade.

Moon e Fitzgerald (1996, p. 431) realizaram um estudo de caso na empresa TNT *Express* (UK) *Ltda*., objetivando explorar os atributos do SMD que são capazes de motivar funcionários e gerentes a trabalhar na direção estratégica desejada pela organização. Os autores identificaram cinco propriedades do SMD consideradas direcionadores da implementação da estratégia organizacional. São elas:

1. Mensurar a coisa certa: representa a capacidade que a organização tem de traduzir a estratégia para medidas de desempenho bem compreendidas, não restritas a medidas financeiras, e claramente comunicadas por toda a organização.
2. B*enchmarking* interno: visa estabelecer um conjunto absoluto de padrões que todo departamento da organização deve ser capaz de atender, enfatizando-se, dessa forma, a qualidade dos serviços.
3. Mecanismo de recompensa: estabelece sistemas de incentivos ligando o cumprimento de metas da empresa a recompensas financeiras (cada unidade tem seu próprio padrão de incentivos e recompensas).
4. Tabela de aliança: cria-se um quadro, no SMD, que estabelece as relações de desempenho entre os departamentos que possuem alguma interdependência, incentivando a concorrência pelo desempenho de forma implícita, mas auxiliando na comunicação entre as unidades, que passam a reconhecer suas interdependências.
5. Campeonato corporativo: visa estabelecer "um nível de serviço adequado", no qual o diretor executivo chefe visita, pelo menos uma vez por ano, cada departamento, e os relatórios dos departamentos são repassados para seus gestores a cada semana, reportando o desempenho alcançado em termos relativos e absolutos; isso possibilita maior engajamento das unidades.

Purbey, Mukherjee e Bhar (2007, p. 246) afirmam que um SMD deve possuir os seguintes atributos: a) medir o desempenho em perspectiva multi e inter-relacionados; b) ser válido, confiável e de fácil manuseio; c) ser ligado ao valor da organização e sua estratégia; d) ser sensível às mudanças no ambiente externo e interno da organização, isto é, conter medidas que conduzam ao desempenho; e) permitir que sejam feitas comparações e que os processos

[53] As dificuldades nessa avaliação estão associadas à identificação da responsabilidade quanto à alocação de custos resultantes de atividades que favoreçam várias unidades da organização. Pois, caso o desempenho da unidade seja julgado por parâmetros fora de seu controle, os gestores perderiam o interesse no controle dos custos a ela associados (MOON e FITZGERALD, 1996).

sejam monitorados; e f) fundamentar-se em fatores críticos de sucesso ou *drivers* de desempenhos.

Especificamente, Purbey, Mukherjee e Bhar (2007, p. 246) agrupam essas características em três categorias, a saber: eficiência, eficácia e flexibilidade. Segundo os autores, essas categorias podem ser descritas, respectivamente, da seguinte maneira:

- Eficiência: lida com a forma pela qual a administração do hospital utiliza seus fundos e recursos para produzir produtos ou resultados. Essa categoria tem por pressuposto a análise comparativa da qualidade e utiliza indicadores que mensurem a utilização de recursos e a redução de custos.
- Eficácia: abrange a eficácia do serviço hospitalar indicando seus resultados globais ou impactos. As dimensões dessa categoria devem abranger a qualidade do serviço (por exemplo: qualidade das investigações clínicas), a satisfação dos clientes (por exemplo: tempo de espera), o crescimento (pode ser mensurado em termos financeiros) e a segurança (exemplo de indicador: taxa de infecção hospitalar).
- Flexibilidade: representa a medida de desempenho relacionada à liderança, pois se concentra em análises prospectivas da organização hospitalar por meio de comparações de desempenho. Visa analisar a adaptabilidade do sistema em responder a diversidades ou alterações, no futuro, sem incorrer em altos custos. Dentre os indicadores[54] incluídos nessa categoria estão a mensuração da flexibilidade profissional, instrumental, do processo, do volume, de expansão e de novo serviço.

Franco-Santos, Lucianetti e Bourne (2012, p. 81) desenvolveram um modelo conceitual sobre as consequências dos SMDs. Esse modelo dividiu as consequências em três categorias: i) comportamento das pessoas, ii) capacidades organizacionais, e iii) desempenho.

- As consequências sobre o comportamento das pessoas englobam ações ou reações específicas dessas aos SMDs, bem como seus mecanismos cognitivos subjacentes como, por exemplo, a motivação, as percepções, a cooperação, os conflitos e tensões;
- As consequências relativas às capacidades organizacionais envolvem processos específicos, atividades ou competências, permitindo às organizações angariarem vantagens competitivas, como os processos estratégicos (alinhamento, desenvolvimento e implementação), a comunicação, as capacidades estratégicas, as práticas gerenciais e o controle corporativo; e

[54] Para descrição de cada indicador, consultar Purbey, Mukherjee e Bhar (2007).

- As consequências relacionadas ao desempenho incluem os efeitos do SMD sobre os resultados financeiros e não financeiros, como, por exemplo, o desempenho da empresa, o desempenho gerencial e o desempenho das equipes.

A tabela 04 apresenta os tipos de sistemas de mensuração de desempenho segundo a estrutura desenvolvida por Franco-Santos, Lucianetti e Bourne (2012, p. 82). Os autores classificam os SMDs em quatro tipos, de acordo com seus componentes e suas funções.

Tabela 4 - Tipos de SMD

	Tipo A	**Tipo B**	**Tipo C**	**Tipo D**
Componentes	Medida de desempenho financeira e não financeira **implícita ou explicitamente** vinculada à estratégia	Medida de desempenho financeira e não financeira **explicitamente** vinculada à estratégia; Com explícitas relações de causa e efeito entre as medidas.	Medida de desempenho financeira e não financeira **implícita ou explicitamente** vinculada à estratégia.	Medida de desempenho financeira e não financeira **implícita ou explicitamente** vinculada à estratégia.
Uso/Propósito	Informar a tomada de decisões; Avaliar o desempenho organizacional.	Informar a tomada de decisões; Avaliar o desempenho organizacional.	Informar a tomada de decisões e avaliar o desempenho organizacional e gerencial (**sem** links para recompensas monetárias).	Informar a tomada de decisões e avaliar o desempenho organizacional e gerencial; Influenciar **com** recompensas monetárias.

Fonte: Franco-Santos, Lucianetti e Bourne(2012)

Perego e Hartmann (2009, p. 401) utilizaram a teoria econômica para fundamentar os atributos de um SMD. Segundo os autores, os modelos de agência conceitualmente alinham o SMD às propriedades informacionais (conteúdo informacional incremental), a congruência dessas medidas aos objetivos organizacionais e a possibilidade de se formular contratos associados às medidas de desempenho.

Desse modo, seriam três os atributos dos SMDs: a sensibilidade, a verificabilidade e a congruência. A sensibilidade captura a influenciabilidade do desempenho das ações do agente; assim, quando o SMD tem esse atributo ele reflete às ações do agente por meio das alterações na média das medidas de desempenho (PEREGO e HARTMANN, 2009).

A verificabilidade significa que as medidas de desempenho podem ser substancialmente diferentes, com medidas independentes, que utilizam diferentes métodos de medição (PEREGO e HARTMANN, 2009). Assim, sempre que o SMD assegurar medidas precisas e verificáveis, o controle dessas medidas é facilitado e sua utilização é mais frequente, auxiliando o processo de incentivar o esforço gerencial (PEREGO e HARTMANN, 2009).

A congruência reflete as prioridades da organização e auxilia a alocação das ações gerenciais nas diversas tarefas, uma vez que, quando defrontados com várias medidas de

desempenho, os gestores tendem a dedicar seu esforço para equilibrar as relações entre relevância e custo de processamento da informação (PEREGO e HARTMANN, 2009).

Logo, quanto maior o grau de sensibilidade das métricas de desempenho, maior é a probabilidade de ser formalmente utilizada no controle gerencial; quanto maior o grau de verificabilidade, maior é a confiança nas métricas para fins de contratualização, e quanto maior a congruência das medidas de desempenho, maior a probabilidade de o gerente alocar seu esforço de forma alinhada aos objetivos da organização (PEREGO e HARTMANN, 2009).

A tabela 05 apresenta os atributos descritos por autor investigado.

Tabela 5 - Atributos do SMD segundo os autores analisados

Autores	Atributos
Otley (1987)	Dimensão; Padrões (exequibilidade e equidade); e Recompensa (grau de clareza, grau de motivação e nível de controle).
Moon e Fitzgerald (1996)	Mensurar a coisa certa; *Benchmarking* interno; Mecanismo de recompensa; Tabela de aliança; e Campeonato corporativo (um nível de serviço adequado).
Purbey, Mukherjee e Bhar (2007)	Medir o desempenho em perspectiva multi e inter-relacionados; Ser válido, confiável e de fácil manuseio; Ser ligado ao valor da organização e estratégia; Ser sensível às mudanças no ambiente externo e interno da organização, isto é, conter medidas que conduzam ao desempenho; Permitir que sejam realizadas comparações e que os processos sejam monitorados; e Fundamentar-se em fatores críticos de sucesso ou *drivers* de desempenhos.
Perego e Hartmann (2009)	Sensibilidade; Verificabilidade; e Congruência.
Franco-Santos, Lucianetti e Bourne (2012)	Devem ser capazes de exercer influência sobre: • O comportamento das pessoas; • As capacidades organizacionais; e • O desempenho.

Fonte: Elaborada pelo autor.

2.3.2 Relação de Agência e o Papel do SMD

É denominada de relação de agência a interação entre o Agente (executor da tarefa) e o Principal (administrador da tarefa). Essa relação pode ser representada pelo contrato entre ambos para a execução de algum serviço que envolva a delegação de autoridade para o agente (JENSEN e MECKILING, 1976).

A assimetria de informação entre o Principal e o Agente pode acarretar diferenças no equilíbrio da relação de agência (VARIAN, 2006). Os problemas nessa relação podem ser causados pelo fato de o Agente possuir informação superior[55] ao Principal, de modo que essa diferença possa causar interferência nos resultados de suas tarefas (LAMBERT, 2001).

As dificuldades de incentivar os Agentes surgem a partir da não tempestividade e eficiência na supervisão de suas ações e do não conhecimento do conjunto de comportamentos necessários para avaliar suas ações, gerando problemas de *moral hazard* (JENSEN e MECKLING, 1976; MILGROM e ROBERTS, 1992; LAMBERT, 2001). Portanto, há a necessidade das medidas de desempenho, tanto para formar os contratos de remuneração quanto para fins de avaliação (LAMBERT, 2001).

O estabelecimento de controles gerenciais é necessário devido à suposição de que os indivíduos não agem de acordo com os melhores interesses da organização, mas em relação aos seus próprios interesses, buscando maximizar suas utilidades (JENSEN e MECKLING, 1976; ABERNETHY e VAGNONI, 2004).

Dessa forma, sistemas de contabilidade[56] são utilizados para distribuir a informação dentro da organização, coordenar as ações entre as partes, bem como avaliar as ações tomadas e os resultados alcançados de modo a reduzir a possível extração de vantagem da assimetria informacional (LAMBERT, 2001).

Essa extração de vantagem é descrita como conflito de agência e pode ser de dois tipos, ambas decorrem dos custos envolvidos no esforço do Principal para mitigar o *moral hazard* (comportamento oportunista) do Agente (JENSEN e MECKLING, 1976).

---

[55] Lambert (2001) denomina informação privada do Agente aquela a qual o Principal não tem acesso. As informações privadas podem representar informações sobre como aumentar receitas ou reduzir custos na execução de suas tarefas (LAMBERT, 2001).

[56] Os Sistemas de Controles Gerenciais são normalmente utilizados para influenciar a tomada de decisão delegada pelo Principal (LAMBERT, 2001). Contudo, segundo o autor, mesmo quando a ação do agente é observável, não se pode conhecer a melhor solução porque o Principal não conhece a ótima ação condicionada à informação do Agente.

O primeiro custo está relacionado aos incentivos dados ao Agente; para que este se comporte da forma desejada (*bonding costs*), incluem as regras, penas previstas, salários e bônus, entre outros, ou seja, tudo que o Agente perde (ou ganha) por não se comportar (ou se comportar) segundo o esperado pelo Principal (JENSEN e MECKLING, 1976).

O segundo custo vem dos esforços de monitoramento (*monitoring costs*) do Principal, para tentar identificar os possíveis comportamentos oportunistas. Contudo, destaca-se que o Principal não consegue eliminar todo o desalinhamento de interesses, o que decorre em perdas residuais (*residual loss*) (JENSEN e MECKLING, 1976).

Logo, dados os conceitos de relação de agência, conflito de agência e assimetria de informação, pode-se inferir que o SMD também apresenta, entre suas funções, a de mitigar a assimetria de informação na relação de agência e, por consequência, o conflito de agência. Evidência dessa função pode ser observada pelos atributos do SMD descritos em Otley (1987), Moon e Fitzgerald (1996), Purbey, Mukherjee e Bhar (2007), Perego e Hartmann (2009) e Franco-Santos, Lucianetti e Bourne (2012), apresentados na seção anterior.

2.3.3 Disfuncionalidades do SMD

Os SMDs ao possibilitarem visão qualitativa das unidades de análise, podem gerar impressões enganosas, com consequências negativas e inesperadas, ou se transformarem em mecanismos complexos e de difícil compreensão, desviando a atenção dentro organização hospitalar para áreas menos importantes (FREEMAN, 2002).

À medida que cresce o ruído sobre a medida de desempenho adotada, menos atenção é colocada sobre ela como ferramenta para minimizar o risco do agente. Logo, quando aumenta a incerteza no ambiente de negócio, as medidas de desempenhos passam a ter ruídos que reduzem sua utilização para fins de incentivo (ELDENBURG e KRISHNAN, 2007).

Outro problema das medidas de desempenho é a forma pela qual a informação fornecida é utilizada pelos gestores. Quando se coloca mais confiança no sistema e menos no indivíduo, perde-se a oportunidade de utilizar as informações para discutir e interpretar seus resultados juntamente com os agentes envolvidos nos contextos locais, visando à melhoria contínua do desempenho clínico (FREEMAN, 2002).

A tabela 06 descreve os principais problemas associados ao uso de sistemas de desempenho no setor público, descritas por Freeman (2002).

Tabela 6 - Consequências não intencionais da utilização de indicadores de desempenho

Problema	**Definição**
Visão de túnel	Ênfase nos fenômenos quantificados no sistema de medição
Subotimização	Busca de objetivos locais estreitos, ao invés dos organizacionais
Miopia	Busca de metas de curto prazo
Fixação na Medida	Busca de estratégias que reforcem a medida, ao invés dos objetivos associados
Representação falsa	Manipulação deliberada de dados
Interpretação errada	Fazer inferências enganosas a partir de dados brutos de desempenho
Gaming	Manipulação deliberada de comportamento para garantir vantagem estratégica
Ossificação	Paralisia organizacional devido à avaliação de desempenho rígida

Fonte: Adaptada de Freeman (2002).

Com base no exposto, infere-se que os indicadores de desempenho podem distorcer a visão interpretativa, tanto de forma não intencional quanto de forma intencional. A distorção não intencional está relacionada aos problemas de visão de túnel, subotimização, miopia, fixação na medida, interpretação errada e ossificação. A distorção intencional ocorre quando os indicadores apresentarem problemas de *gaming* e representação falsa, ambos causados por problemas de manipulação intencional dos dados, desviando a atenção do tomador de decisão para outros processos.

3 O PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE ENSINO

3.1 Como e por que surgiu a contratualização

As organizações hospitalares passaram por uma crise financeira e estrutural, nos últimos anos, devido a carências de políticas que estruturassem o setor (BRASIL, 2004f; SES-SP, 2007). Os Hospitais de Ensino (HEs) que auxiliam na garantia do acesso à saúde e prestação de serviços[57] de alta complexidade, além do desenvolvimento do ensino e da pesquisa, também sofreram reflexos da falta de políticas para o setor (BRASIL, 2004f; SES-SP, 2007; LAPREGA e ROCHA, 2012).

A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, ao realizar estudo sobre as organizações hospitalares constatou que grande parte desses estabelecimentos evidencia fragilidade gerencial, demonstrando dificuldades em prestar atenção hospitalar adequada (BRASIL, 2004f). Os gestores do SUS, percebendo a importância dos HEs para o sistema de saúde, passaram a estruturar políticas com o objetivo de inserir esses hospitais na rede assistencial, aprimorar a gestão e qualificar o financiamento e a pesquisa (SES-SP, 2007).

O resultado da estruturação foi a criação, em 2004, por meio de portarias interministeriais específicas, do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais de Ensino (PRHE[58]) pelos Ministérios da Saúde e Educação (SES-SP, 2007). O Programa tem como objetivo qualificar e desenvolver a assistência, a gestão, o ensino, a pesquisa e a avaliação tecnológica em saúde, tendo em vista a integração dos HEs na rede assistencial, fortalecendo o SUS (BRIZOLA, GIL e JUNIOR, 2011; LIMA e RIVERA, 2012).

A certificação[59] como hospital de ensino (HE) e a contratualização[60] são as duas condições obrigatórias para a inserção do hospital no PRHE (BRASIL, 2004a, 2004b e 2007).

---

[57] Segundo o artigo 7º da Lei 8.080/1990: "As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, obedecem aos seguintes princípios: I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (à todo e qualquer cidadão); II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade (hierarquização) do sistema".

[58] O PRHE foi o resultado das avaliações realizadas pela Comissão Interministerial criada pela Portaria Interministerial n.º 562, de 12 de maio de 2003. Essa Comissão teve como objetivo avaliar e diagnosticar a situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil, visando reorientar e formular a política nacional para o setor.

[59] A certificação é o primeiro passo que leva os hospitais a integrarem o Programa. Os requisitos para certificação são elencados, atualmente, pela Portaria Interministerial nº 2.400/2007.

A contratualização consiste no meio pelo qual as partes (representante legal do Hospital e os gestores locais do SUS) estabelecem metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar, que deverão ser acompanhadas e atestadas pela Comissão Permanente de Acompanhamento de Contrato (CPAC) (BRASIL, 2004c).

O PRHE alterou[61]o modelo de alocação de recursos financeiros para os HEs (BRASIL, 2012). Por exemplo, o pagamento da Média Complexidade deixa de ser unicamente efetuado por produção (realização quantitativa de procedimentos) e passa a ser também realizado de acordo com o cumprimento de metas firmadas por Convênio entre o representante legal do HE e o gestor local do SUS (BRASIL, 2004b e SES-SP, 2007). Logo, há um percentual do valor pré-fixado no Convênio vinculado ao alcance de metas[62] em indicadores de desempenho pactuados (BRASIL, 2012). O repasse dos recursos dependerá de homologação da CPAC (BRASIL, 2012).

A vinculação de parte do repasse financeiro ao alcance das metas visa induzir os gestores dos HEs a adotarem estratégias de qualificação da atenção à saúde, da gestão hospitalar, da inserção no SUS e da adoção das atividades de ensino, educação permanente e continuada e do desenvolvimento de atividades de pesquisa (BRASIL, 2012).

O instrumento legal da Contratualização denomina-se Convênio (BRASIL, 2004c). O Convênio deverá apresentar a definição do objeto contratado, condições gerais, encargos, recursos financeiros, instrumentos de controle, penalidade, denúncias e o Plano Operativo. O Convênio[63] deverá estar de acordo com as diretrizes estabelecidas no Termo de Referência para a Contratualização - TRC[64] (Anexo da Portaria nº 1.702, de 2004, do Ministério da

---

[60] A Contratualização é o segundo passo e sua normatização está presente na Portaria Interministerial nº 1006, de maio de 2004, e na Portaria nº 1.702, de agosto de 2004. A Portaria nº 1.702, de 2004, apresenta as seguintes ações estratégicas: I - definição do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS; II - definição do papel da instituição na pesquisa, no desenvolvimento e na avaliação de tecnologias em saúde e de gestão, de acordo com as necessidades do SUS; III - definição do papel dos hospitais de ensino na educação permanente e formação de profissionais de saúde; e IV - qualificação do processo de gestão hospitalar em função das necessidades e da inserção do hospital na rede regionalizada e hierarquizada de saúde do SUS.

[61] O repasse de recursos aos hospitais universitários de ensino contratualizados passa a ter três componentes: um fixo mensal para custeio; um correspondente à produção de serviços e um componente variável, conforme o cumprimento de metas estabelecidas no Plano Operativo e acompanhadas periodicamente pela CPAC.

[62] As metas são fundamentadas em demandas regionais de assistência e são avaliadas por meio de indicadores qualitativos e quantitativos para a assistência, gestão, ensino e pesquisa (SES-SP, 2007).

[63] O Ministério da Saúde acompanha as negociações estabelecidas entre os gestores locais do SUS e o representante do hospital até o estabelecimento de um consenso sobre os termos do Convênio e a formulação do Plano Operativo (BRASIL, 2004c).

[64] O TRC auxilia na formalização da contratação, viabilizando a fixação de metas e indicadores do processo de atenção à saúde, gestão hospitalar e ensino e pesquisa, que deverão ser acompanhados e atestados pela CPAC (BRASIL, 2004c).

Saúde) (BRASIL, 2004c), onde são descritas as diretrizes gerais que orientam a relação entre as partes (gestores locais do SUS e o representante legal do hospital de ensino), os serviços e atividades pactuadas e formalizadas por meio de Contrato de Gestão (Convênio), o Plano Operativo e o Plano de Metas que devem contemplar as ações relativas a: atenção à saúde, gestão, educação, pesquisa, avaliação e incorporação tecnológica e financiamento (BRASIL, 2004).

Logo, a implantação do Plano de Metas (instrumento de mensuração de desempenho), no caso do HC denominado de Plano de Metas Institucional[65], foi consequência direta do processo de contratualização.

A Figura 05 apresenta de modo resumido o funcionamento do PRHE, segundo a Portaria nº 1.702/2004, e suas interações com o HCFMRP-USP.

[65] Esse Subsistema de Mensuração de Desempenho será detalhado ao longo do trabalho.

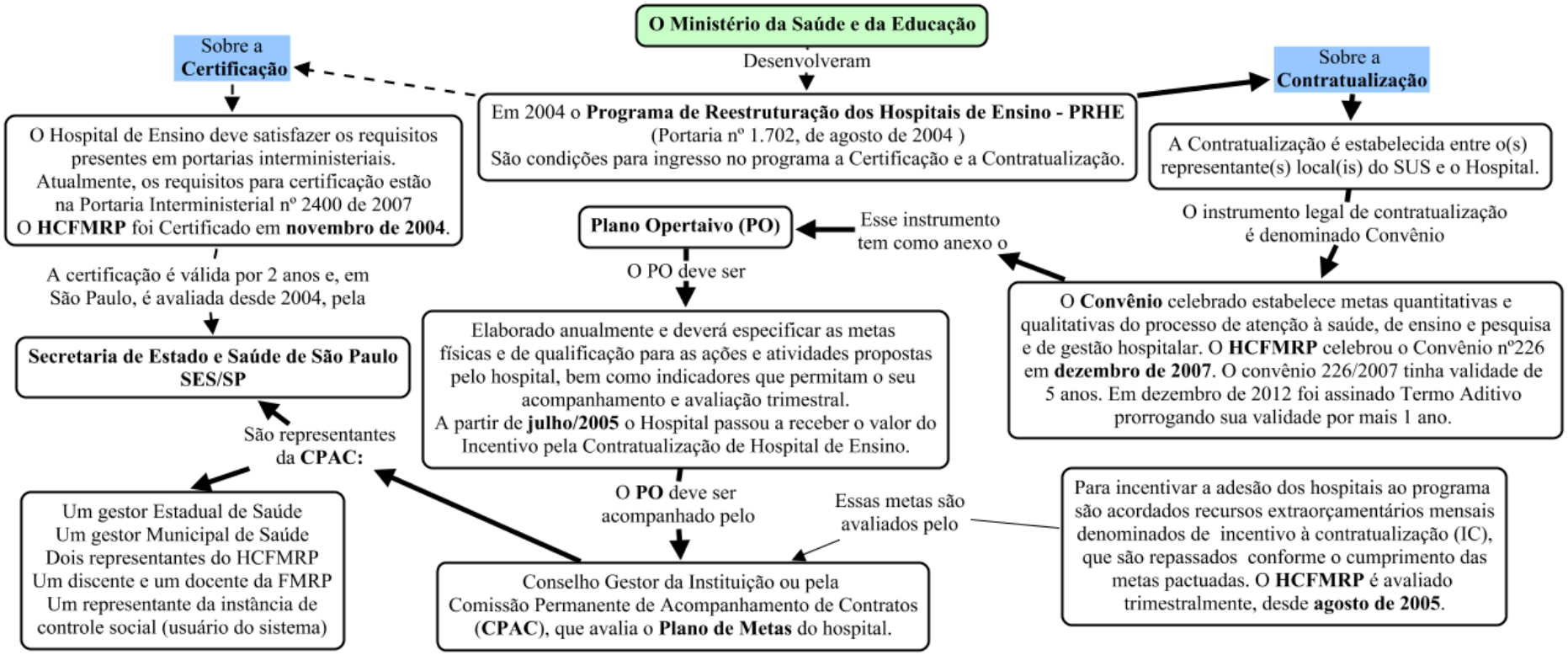


Figura 5 - Funcionamento do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino – PRHE e suas interações com o HCFMRP.
Fonte: Elaborada pelo autor.
Nota: Para a leitura do mapa conceitual, inicie saindo da caixa de texto "**O Ministério da Saúde e da Educação**" e siga as indicações de linhas tracejadas acompanhando o sentido da seta até a caixa de texto "**Secretaria de Estado e Saúde de São Paulo**"; em seguida inicie novamente pela caixa de texto "**O Ministério da Saúde e da Educação**" e siga as linhas grossas até as duas ultimas caixas de texto; para finalizar inicie pela caixa de texto do canto inferior direito do mapa e siga as linhas finas até a próxima caixa de texto.

3.2 Experiências da contratualização no Brasil

A nova lógica de financiamento apresentada pelo PRHE visa integrar os HEs ao SUS (BRASIL, 2004). Contudo, há carência de mecanismos que avaliem se a contratualização está realmente propiciando a consolidação do SUS (BRIZOLA, GIL e JUNIOR, 2011). Nesse sentido, os autores selecionaram indicadores de desempenho, com o auxílio de profissionais envolvidos na contratualização de um HE, com o objetivo de realizar análise comparativa do desempenho antes e após sua contratualização.

Os autores segregaram os indicadores em três dimensões e analisaram dois triênios do HE. O primeiro triênio antes da contratualização e o segundo após a contratualização. Eles verificaram que houve melhoras nas categorias dos indicadores relacionados a instalações, equipamentos, receita, produção e ensino e pesquisa e pioras nas categorias dos indicadores de recursos humanos, custos e qualidade.

Brizola, Gil e Junior (2011, p. 19) concluíram que a pactuação de metas de desempenho com a definição de responsabilidades institucionais e mecanismos de acompanhamento tem potencial limitado de melhoria da gestão, pois, há carência de autonomia gerencial da organização, de mecanismos internos de comprometimento dos funcionários e de planejamento estratégico para pactuação de metas e monitoramento e avaliações periódicas.

Particularmente sobre os mecanismos de comprometimento dos funcionários, Ditterich, Moysés e Moysés (2012, p. 623) destacam que a gestão por resultados, no setor público de saúde, somente será efetiva se existir corresponsabilidade entre os funcionários e o corpo diretivo da organização de saúde. Desse modo, as metas pactuadas entre os gestores do SUS e da organização também devem ser pactuadas entre todos os atores institucionais e avaliadas de forma contínua (DITTERICH, MOYSÉS e MOYSÉS, 2012). Logo, há necessidade de aprimoramento dos mecanismos de controle e monitoramento, estruturas de incentivo e responsabilização na contratualização hospitalar (FERREIRA e MENDONÇA, 2009; LEITE, SOUZA e NASCIMENTO, 2010; BRASIL, 2010; REIS, 2011; LIMA e RIVERA, 2012; DITTERICH, MOYSÉS e MOYSÉS, 2012)

Lima e Rivera (2012, p. 2508) analisaram quatro hospitais de ensino contratualizados e verificaram que em apenas um deles havia contratos internos entre a direção e as chefias das unidades funcionais, formalizados em documento, e que abrangiam os serviços assistenciais e de ensino. O sistema de incentivo utilizado pelo hospital premiava as equipes que cumprissem

as metas pactuadas no Plano Operativo. As premiações envolviam melhorias nos serviços (por exemplo, compra de equipamentos e financiamento para congressos), mas não englobavam gratificações financeiras.

Para investigar os motivos pelos quais a organização hospitalar passou a adotar os contratos de incentivo, Lima e Rivera (2012, p. 2515) entrevistaram os gestores da Secretaria Municipal de Saúde que pactuavam os indicadores com a organização. De acordo com os gestores da Secretaria, na medida em que o percentual dos recursos variáveis (conforme o desempenho do hospital) foi aumentando, o hospital buscou mais efetivamente o alcance das metas dos indicadores pactuados.

O único hospital que apresentava mecanismos de incentivos internos era o que tinha maior parcela dos recursos variáveis, 25%; os outros três tinham entre 15% e 10% vinculados a metas do Plano Operativo (LIMA e RIVERA, 2012).

Com relação a esses três hospitais, o que apresentava 15% nunca sofreu desconto de seus recursos, pois sempre atingiu a pontuação mínima nos indicadores, e os outros dois com 10% sempre recebiam o recurso independente de cumprirem as metas ou não (LIMA e RIVERA, 2012). Esse fato evidencia que alguns gestores locais do SUS não implementaram a lógica de financiamento do PRHE, que prevê o financiamento global misto, com parte dos recursos fixos e parte recebida pelo cumprimento de metas (REIS, 2011).

Dentre as discussões apresentadas na conclusão do trabalho de Lima e Rivera (2012, p. 2517), destacam-se: i) os autores retratam que, para os dirigentes dos hospitais, é frágil a associação entre a contratualização e a qualificação assistencial e gerencial, e uma das possibilidades para isso, segundo os autores, é o fato de as exigências contidas nos convênios do PRHE serem pouco desafiadoras, e nos Planos Operativos existirem metas pouco ousadas; ii) há necessidade do desenvolvimento contínuo da capacidade gerencial, tanto das Secretarias como dos hospitais, como forma de melhorar as práticas e mecanismos de monitoramento, avaliação e os sistemas de incentivo e de informação; e iii) é indispensável a revisão da estimativa financeira devido à argumentação dos gestores entrevistados de subestimação dos orçamentos, assim como das unidades hospitalares em desenvolver sistemas de custos mais precisos e que sejam ponderados pelas severidades dos casos.

Reis (2011, p. 7), que também analisou quatro hospitais contratualizados, entretanto com diferentes regimes jurídicos, constatou que há dificuldade da capilarização das metas pactuadas no interior das organizações. O autor destaca que, nas entrevistas realizadas com os dirigentes dos HEs, esses afirmaram que o nível de conhecimento dos funcionários sobre os termos do convênio é reduzido.

Dentre as constatações de Reis (2011, p. 308) sobre o efeito da contratualização no processo de gestão dos HEs evidencia-se que o PRHE propiciou melhoria no equilíbrio financeiro e organizacional. Como efeito do equilíbrio financeiro, os gestores dos HEs implementaram projetos institucionais almejados, inserindo-os entre as metas dos contratos, de modo a tensionar os agentes organizacionais internos a cumpri-los, pois há o apontamento, por parte dos gestores, do risco de redução orçamentária, caso os projetos não fossem implementados (REIS, 2011).

Os gestores dos HEs entrevistados por Reis (2011, p. 313) destacam que a adoção de práticas e ferramentas gerenciais visando à qualificação gerencial (por exemplo, sistema de avaliação de custos, sistema de informação e sistema de avaliação de satisfação do usuário) não está relacionada à contratualização. Para o autor, a qualificação da gestão está muitas vezes atrelada ao desejo dos gestores em submeter o HE a processos de acreditação.

Finalmente, ressalta-se que os gestores dos HEs contratualizados evitam pactuar indicadores e metas que os conduziriam ao enfrentamento de interesses corporativos e acadêmicos atuantes na organização (REIS, 2011). Ademais, o autor destaca que, nos hospitais contratualizados, há ausência ou fragilidade de mecanismos de acompanhamento, negociação e monitoramento de indicadores, metas e compromissos, sendo, desse modo, fator crítico para a política de contratualização.

4 CARACTERIZAÇÃO DO HCFMRP-USP E SEUS INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO DE DESEMPENHO

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo[66] – HCFMRP-USP[67] é uma autarquia pública estadual, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES-SP e associada à Universidade de São Paulo para fins de ensino, pesquisa e prestação de serviços[68] médico-hospitalares (FAEPA, 2012). O HC é considerado hospital de grande porte, alta complexidade e de referência para a região nordeste do Estado (HCFMRP-USP, 2012).

Em 2012, o hospital contava com uma infraestrutura de 873 leitos, realizava mais de 602 mil consultas e procedimentos, 34 mil internações (94,22% vinculadas ao SUS) e recebia para realização desses serviços aproximadamente R$ 142 milhões de recursos públicos do Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (FAEPA, 2012).

Segundo o Relatório de Atividades do ano de 2011 do HC, os gestores do Hospital buscam constantemente a modernização das práticas gerenciais para administrar seus recursos e processos. São utilizados na administração da organização ferramentas e processos de controles gerenciais, como o Planejamento Estratégico, a metodologia *Balanced Scorecard* (BSC), a análise *SWOT* e a metodologia *5W2H*[69] (HCFMRP-USP, 2012).

Além dessas ferramentas e processos, os gestores do HC, a partir de 2005, passaram a adotar novos instrumentos[70] de mensuração e avaliação do desempenho hospitalar. Esses instrumentos[71] são o Plano de Metas Institucional (vinculado à contratualização), o Sistema de Avaliação de Hospitais de Ensino, o Programa Gestão à Vista e o Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar.

---

[66] Segundo o Relatório de Atividades da FAEPA (2012), o HCFMRP-USP foi regulamentado pelo Decreto nº. 13.297, em 1979, e desde 1988 integra o SUS.

[67] O presente trabalho também utilizará a sigla HC ou a palavra Hospital (com letra maiúscula) para se referir ao HCFMRP-USP.

[68] Os principais produtos ofertados pelo HC são: atendimento ambulatorial; atendimento de urgência e emergência; internações; hospital-dia; cirurgias; transplantes; exames auxiliares ao diagnóstico e ao tratamento e reabilitação física, motora e sensório-motora (FAEPA, 2012).

[69] É uma ferramenta de planejamento das ações que se pretende desenvolver na organização. O 5W corresponde às palavras *What*, *When*, *Why*, *Where* e *Who*, e o 2H à palavra *How* e a expressão *How Much*. Essa ferramenta auxilia na segregação de tarefas dentro de um processo e na observação, de maneira gerencial, de como os processos estão se desenvolvendo.

[70] Detalhes de cada sistema serão apresentados na próxima sub-seção.

[71] A gestão do HC também realiza anualmente a análise crítica de desempenho junto aos departamentos clínicos. A análise crítica de desempenho tem por objetivo incentivar as equipes das unidades a acompanhar suas atividades analisando o desempenho dos indicadores (de produtividade, de qualidade, de internação e financeiros), identificar as oportunidades de melhoria nos serviços e apresentar suas queixas/sugestões (HCFMRP-USP, 2012).

Os instrumentos de mensuração de desempenho do HC permitem não somente a mensuração e avaliação do desempenho, mas também o melhor entendimento dos processos organizacionais, o estabelecimento de metas, a participação dos gestores e funcionários das unidades na gestão e a comparação com indicadores de outros hospitais (GERONIMO *et al.* 2010; HCFMRP-USP, 2012).

Os gestores do HCFMRP-USP, em obediência a normas legais e a demandas institucionais, passaram a adotar e utilizar novos instrumentos de mensuração de desempenho, a partir 2005. Um dos ímpetos para a adoção desses instrumentos foi a edição da Portaria Interministerial nº 1.702, de agosto de 2004, que criou o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (PRHE) no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Os quatro instrumentos adotados pelo HC para mensurar seu desempenho após a contratualização, em ordem cronológica são:

1. O Plano de Metas Institucional – PMI, criado e implantado em agosto de 2005[72], foi o primeiro instrumento de mensuração de desempenho adotado pelo HC após sua contratualização.
2. O Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino – SAHE, segundo instrumento implantado pelo HC após a contratualização, foi desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP)[73], para padronizar e agilizar a análise e a troca de dados dos indicadores dos hospitais de ensino contratualizados com a SES-SP, podendo ser utilizado como ferramenta de *benchmark* entre os hospitais (SES-SP, 2007).
3. O Programa Gestão à Vista - PGV, desenvolvido em 2006[74] e implantado em 2007[75], foi o terceiro instrumento de mensuração de desempenho criado após a contratualização. Esse programa tem indicadores setoriais e institucionais que, segundo o Relatório de Atividades de 2007, devem estar alinhados aos indicadores do Plano de Metas Institucional.
4. O Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar – CQH, adotado pelo HC em 2007[76], é um programa de acreditação[77] hospitalar. Esse programa exige

[72] Fonte: Relatório de gestão 2003-2010.
[73] Fonte: <http://sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/2007HospitaisensinoEstadoSaoPaulo.pdf>
[74] Fonte: Relatório de Gestão 2003-2010, página 24.
[75] Fonte: Relatório de Atividades do HCFMRP de 2007, página 37.
[76] Fonte: Relatório de Atividades do HCFMRP de 2007 e Relatório de Atividades do HCFMRP de 2009.
[77] A acreditação de organizações de serviços de saúde visa avaliar a qualidade dos processos organizacionais e do desempenho, utilizando-se de padrões acordados que serão avaliados periodicamente por inspetores. Esse processo incentiva o aprimoramento dos sistemas de controle e gestão hospitalares, assegurando, por exemplo, a manutenção padronizada de registros médicos e a qualidade na prestação de serviços aos pacientes. Além disso,

do hospital sua adequação a determinadas normas para, em seguida, conferir o selo de conformidades com o programa de acreditação. Como contrapartida, o hospital tem acesso aos indicadores de desempenho de outros hospitais acreditados, o que possibilita a realização de análises de *benchmarking*[78].

A figura 06 apresenta os instrumentos de mensuração de desempenho do HC. Detalhes de cada subsistema são apresentados nas subseções a seguir, respeitando-se a ordem cronológica de adoção.

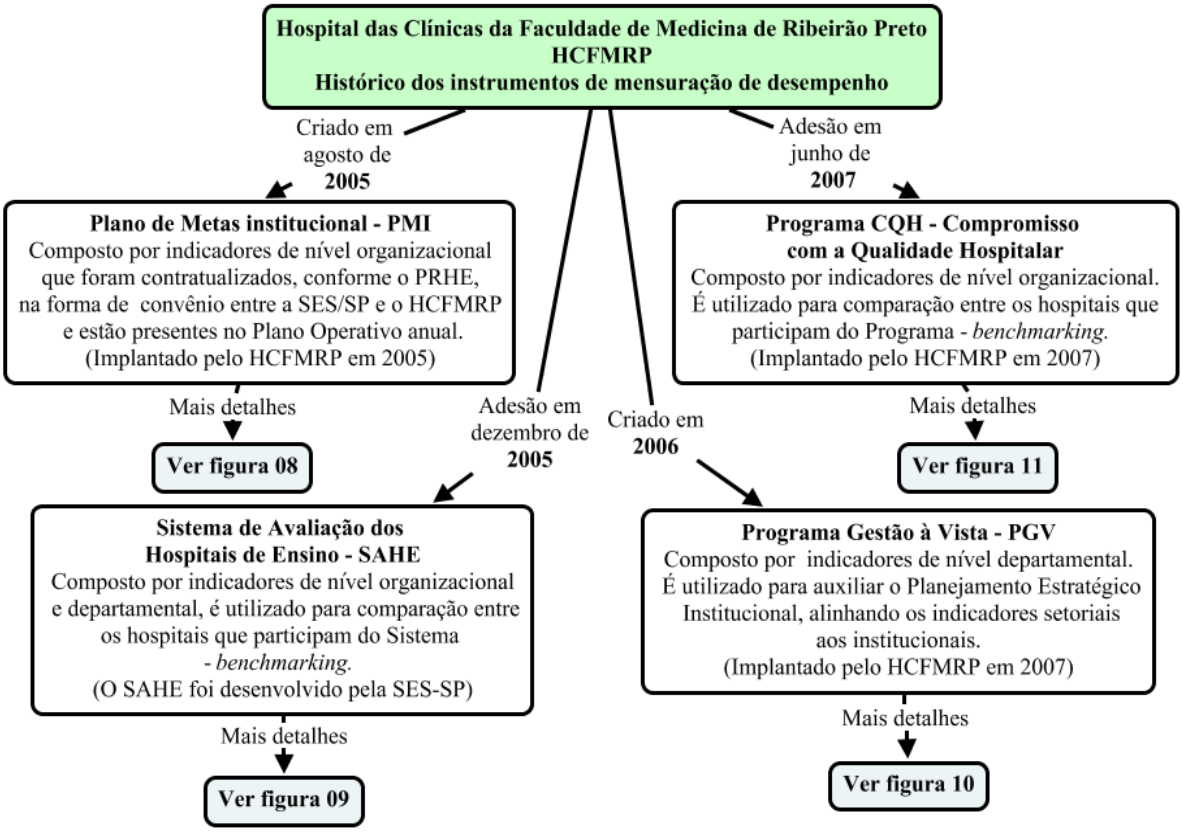


Figura 6 – Histórico dos instrumentos de mensuração de desempenho do HCFMRP desde 2005.
Fonte: Elaborada pelo autor.
Nota: Inicie a leitura do mapa conceitual de cima para baixo acompanhando as setas e realizado a leitura da esquerda para a direita.

---

a participação do hospital no processo é voluntária, e resulta na atribuição de uma classificação ou pontuação, pela agência acreditadora, que indica o grau de cumprimento das normas ou estabelece para a organização um selo de conformidade (SCRIVENS 1995).

[78] Processo sistemático e contínuo para avaliação e comparação de produtos, serviços e práticas de trabalho em organizações reconhecidas por representarem as melhores práticas, visando à melhoria das unidades de produção. Seu foco pode ser interno, externo ou funcional, comparando o desempenho obtido com o melhor desempenho da indústria padrão (HIGGINS, 1997).

4.1 Os instrumentos de mensuração de desempenho do HC

4.1.1 Plano de Metas Institucional - PMI

A fim de atender às determinações da Portaria Interministerial nº 1.006 e da Portaria nº 1.702, para a inserção do Hospital no PRHE, o HC adotou e implantou, em 2005, o Plano de Metas Institucional. O PMI faz parte do documento denominado Plano Operativo[79] (PO), elaborado anualmente[80] pelo HC, e representa uma das exigências do Convênio que estabelece a contratualização do hospital. Esse Convênio foi renovado mais duas vezes: em dezembro de 2007, com validade de 5 anos, e em dezembro de 2012, com validade de 1 ano.

O HC recebe mensalmente da SES-SP, via Convênio, os recursos para a cobertura dos serviços contratados relacionados à Atenção à Saúde, Gestão Hospitalar, Ensino e Pesquisa (BRASIL, 2004). Os recursos financeiros são repassados de três formas: 1) componente com valor fixo mensal para custeio; 2) componente com valor variável conforme cumprimento de metas de desempenho quantitativas e qualitativas pactuadas e dispostas no PO; e 3) componente correspondente à produção de serviços (BRASIL, 2004c).

A tabela 07 detalha os serviços e os recursos[81] recebidos conforme o Convênio nº 226, de 2007, e o Termo Aditivo nº 01, de 2013.

---

[79] São características do PO, segundo as Portarias nº 1.006 e nº 1.702, de 2004: i) descrever todas as atividades e serviços prestados pela instituição nas áreas assistencial, de ensino e pesquisa; ii) especificar as metas físicas e de qualificação para as ações e atividades propostas, bem como indicadores que permitam o seu acompanhamento e avaliação; iii) definir as metas e indicadores propostos pelas políticas prioritárias do Ministério da Saúde, especialmente aquelas relacionadas às políticas de saúde para as áreas de sangue, transplantes, urgência e emergência, AIDS, humanização, saúde da mulher e da criança, terapia intensiva, pesquisa e gestão do trabalho e da educação para o SUS; e iv) deverá apresentar o sistema de avaliação de metas, incluindo-se os parâmetros e a valorização adotada com relação ao cumprimento das metas e seu respectivo impacto financeiro (BRASIL, 2004).

[80] O PO pode ser renovado sem alterações caso a SES-SP não exija a formulação de novo documento.

[81] O orçamento do HC, entre os anos 2000 e 2012 são apresentados na tabela A.8 do apêndice A.

Tabela 7 - Serviços e valores repassados segundo os convênios assinados entre a SES-SP e o HCFMRP-USP

Instrumento legal	**Convênio 226/2007**		**Termo Aditivo de Reti-Ratificação nº 01/2013**	
Serviços	Valor anual estimado (R$)	Valor mensal estimado[1] (R$)	Valor anual estimado (R$)	Valor mensal estimado[1] (R$)
Atendimento ambulatorial e de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT)	25.137.525,84	2.094.793,82 [2]	34.516.924,56	2.876.410,38 [3]
Atividades de assistência à saúde, em regime hospitalar, relativas à utilização de 3.000 Autorizações de Internação Hospitalares por mês	20.493.136,08	1.707.761,34 [4]	38.916.780,12	3.243.065,01 [5]
Procedimentos de Média Complexidade ambulatorial e hospitalar e atividades de ensino, qualificação da assistência e da gestão	53.185.021,08	4.432.085,09 [6]	70.554.875,64	5.879.572,97 [6]
Custeio das ações desenvolvidas pela Organização de Procura de Órgãos	SR [7]	SR	240.000,00	20.000,00
Total	**98.815.683,00**	8.234.640,26	**144.228.580,32**	12.019.048,37

Fonte: Elaborada pelo autor segundo o Convênio 226/2007 e Termo Aditivo de Reti-Ratificação nº 01/2013. [1] Valor limite mensal constate na Ficha de Programação Orçamentária – FPO. [2] Destes, R$ 1.181.888,38 para os procedimentos de Alta Complexidade e R$ 911.905,44 para as Ações Estratégicas da tabela SIA/SUS. [3] R$ 1.964.504,94 para os procedimentos de Alta Complexidade e R$ 911.905,44 para as Ações Estratégicas da tabela SAI/SUS. [4] Sendo o valor fixo de R$ 1.169.746,00 para os procedimentos de Alta Complexidade e R$ 538.015,34 para os identificados como Ações Estratégicas da tabela SIH/SUS. [5] Sendo o valor fixo de R$ 2.705.049,67 para os procedimentos de Alta Complexidade e R$ 538.015,34 para os identificados como Ações Estratégicas da tabela SIH/SUS. [6] 85% do valor será repassado em parcelas fixas duodecimais e 15% serão repassados observando-se o cumprimento das metas estabelecidas no Plano Operativo [7] Sem referência no termo contratual (Convênio).

Conforme o Convênio nº 226/2007, celebrado entre o HCFMRP-USP e a SES-SP, 15% do valor (R$ 881.935,95 mensais ou R$ 10.583.231,35 anuais) dos Procedimentos de Média Complexidade ambulatorial e hospitalar e atividades de ensino, qualificação da assistência e da gestão são repassados de acordo com o desempenho do HC em relação ao conjunto dos indicadores pactuados no PO.

Segundo as Portarias Interministeriais nº 1.006/2004 e 1.702/2004, os indicadores e suas metas quantitativas e qualitativas constantes no PO devem ser especificados no documento denominado Plano de Metas ou Plano de Metas Institucional, no caso do HC.

Para o estabelecimento dos indicadores e das metas pactuadas para avaliação do desempenho foram seguidas as seguintes diretrizes: (i) formulação com base em séries históricas; (ii) devem estar em consonância com a missão da instituição; (iii) devem representar desafio para a Unidade, visando estimular a melhoria das ações desenvolvidas; e (iv) ser passíveis de execução, ou seja, ser possível atingir a meta (HCFMRP, 2010).

Conforme as diretrizes do PMI, em 2012, foram pactuadas (acordados) com os gestores do SUS 26 indicadores. O HC distribuiu os indicadores do PMI de acordo com a metodologia do *Balanced Scorecard* (BSC). Segundo o Relatório de Atividades do HC de 2006 e o Relatório de Gestão de 2003-2010, o BSC foi escolhido por ser ferramenta capaz de profissionalizar o conhecimento e possibilitar a visão do desempenho institucional.

O HC distribuiu os 26 indicadores pactuados em quatro grandes áreas, constituindo assim seu BSC: (i) Atenção à Saúde - 13 indicadores; (ii) Ensino e Pesquisa - 3 indicadores; (iii) Gestão Hospitalar - 7 indicadores e (iv) Comunidade e Humanização - 3 indicadores (HCFMRP, 2009, 2010). Somente a área de Atenção à Saúde é dividida em subáreas: Ambulatório; Internação; Exames; Cirurgia e Urgência (HCFMRP, 2010).

Cada um dos 26 indicadores pactuados, entre o HC e a SES-SP, tem uma meta e uma pontuação. Se o HC não atingir a meta de um indicador não receberá sua pontuação. Caso venha a satisfazer a meta receberá a pontuação do indicador. Caso contrário, não receberá a pontuação do indicador podendo sofrer redução no repasse de recursos públicos.

A soma da pontuação dos 26 indicadores totaliza 1.000 (mil) pontos. O HC necessita de uma pontuação que varia entre 901 a 1000 pontos para receber o total[82] dos recursos pactuados no Convênio.

Duas comissões, uma interna ao HC e outra externa, acompanham e avaliam os indicadores e metas constantes no PMI. A comissão interna ou Equipe Técnica composta por funcionários de diversas áreas do Hospital realiza o acompanhamento mensal dos indicadores e metas (HCFMRP, 2010).

A comissão externa, denominada Comissão Permanente de Acompanhamento do Contrato[83] – CPAC, realiza a avaliação do desempenho do hospital trimestralmente, sendo também responsável por estabelecer a porcentagem dos recursos variáveis que serão repassados ao hospital, de acordo com a pontuação obtida pelo conjunto dos indicadores pactuados (BRASIL, 2004c; HCFMRP, 2010). A figura 07 apresenta a dinâmica da pactuação e discussão dos indicadores do PMI e seus resultados.

---

[82] Caso a pontuação dos indicadores varie de 101 a 200 pontos – 20% do valor pactuado; 201 a 300 pontos – 30% do valor pactuado; 301 a 400 pontos – 40% do valor pactuado; 401 a 500 pontos – 50% do valor pactuado; 501 a 600 pontos – 60% do valor pactuado; 601 a 700 pontos – 70% do valor pactuado; 701 a 800 pontos – 80% do valor pactuado; 801 a 900 pontos – 90% do valor pactuado; e 901 a 1000 pontos – 100% do valor pactuado.

[83] A comissão é composta por: 1 representante do gestor estadual, 1 representante do gesto municipal, 2 representantes da instituição, 1 representante do corpo docente, 1 representante do corpo discente e 1 representante da instância de controle social.

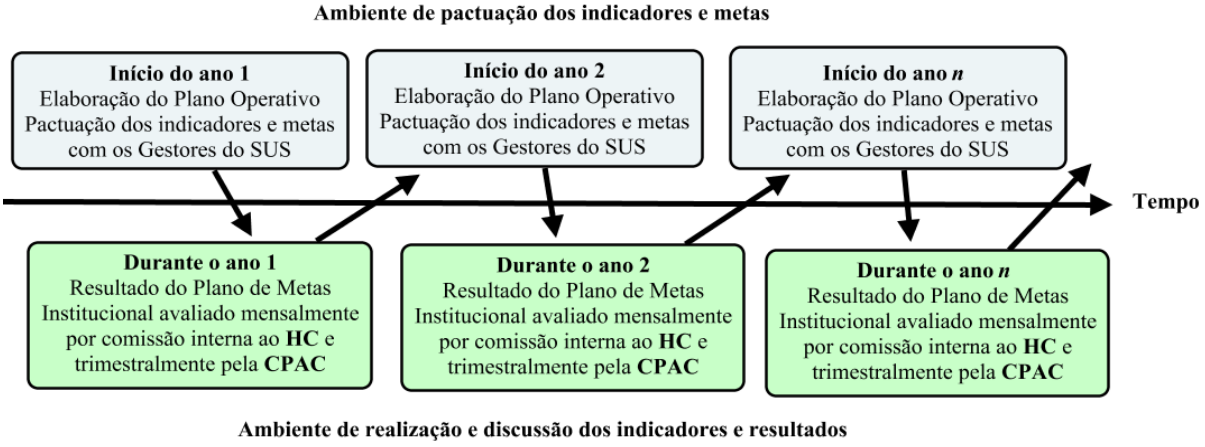


Figura 7 - Dinâmica da pactuação e discussão dos indicadores do PMI.
Fonte: Elaborada pelo autor.

Segundo o Regimento Interno da CPAC, a Comissão tem as funções de: acompanhar e atestar as metas quantitativas e qualitativas de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Gestão Hospitalar, contratualizadas entre o representante legal do Hospital de Ensino e o Gestor do SUS através do Plano Operativo; avaliar os indicadores demonstrados no Plano de Metas Institucional (PMI) do HC; propor ações preventivas e corretivas; sugerir ações de melhoria; acompanhar a implementação dessas ações e solicitar a inclusão ou retirada de indicadores[84] e metas propostas.

Como o regimento interno da CPAC somente foi aprovado no final de 2006, alguns indicadores pactuados com a secretaria por meio do PO foram alterados de um trimestre para outro nesse ano. Nos demais anos, 2005, 2007 a 2012, as alterações nos indicadores ocorreram somente depois do último trimestre avaliativo.

Para melhor representar o funcionamento do PMI foi elaborada a figura 08.

[84] Destaca-se que há, ao longo dos anos, alterações nos indicadores pactuados. Por exemplo, o indicador "Relatórios Padronizados do CQH elaborados pelos Subcomitês", relacionado ao Programa CQH (Figura 06), foi utilizado de 2009 a 2010. Após a conquista do Selo de Qualidade, em 2010, esse indicador deixou de ser pactuado, sendo, então, acrescentado o indicador: "Relatório de Ações Sócio Ambientais" (HCFMRP, 2010).

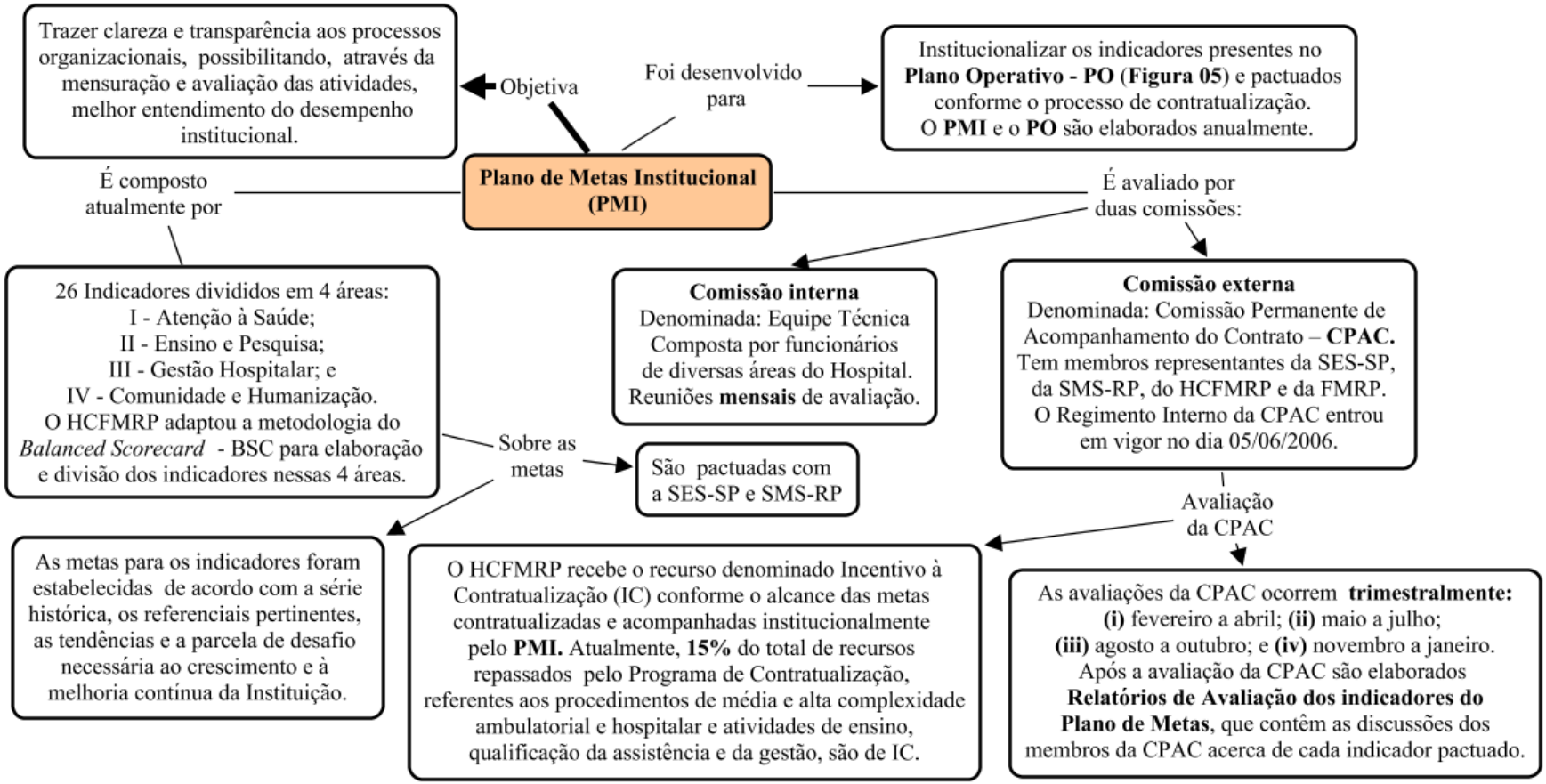


Figura 8 - Plano de Metas Institucional - PMI do HCFMRP.
Fonte: Elaborada pelo autor.
Nota: Inicie a leitura do mapa mental da caixa de texto "**Plano de Metas Institucional (PMI)**", em seguida, acompanhe a linha grossa até a próxima caixa de texto; posteriormente, inicie a leitura novamente pela caixa de texto colorida e siga as três linhas finas que saem dessa caixa, iniciando pela linha fina a direita da seta grossa. Acompanhe as setas até a última caixa de texto.

4.1.2 Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino - SAHE

Com o objetivo de padronizar e facilitar a coleta de dados para a avaliação dos Planos Operativos e das metas pactuadas, a SES-SP criou, em 2005, o Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino – SAHE (SES-SP, 2007). O SAHE coleta os dados por meio eletrônico e padroniza as informações fornecidas pelos hospitais contratualizados (SES-SP, 2007).

A figura 09 apresenta as principais informações sobre o SAHE.

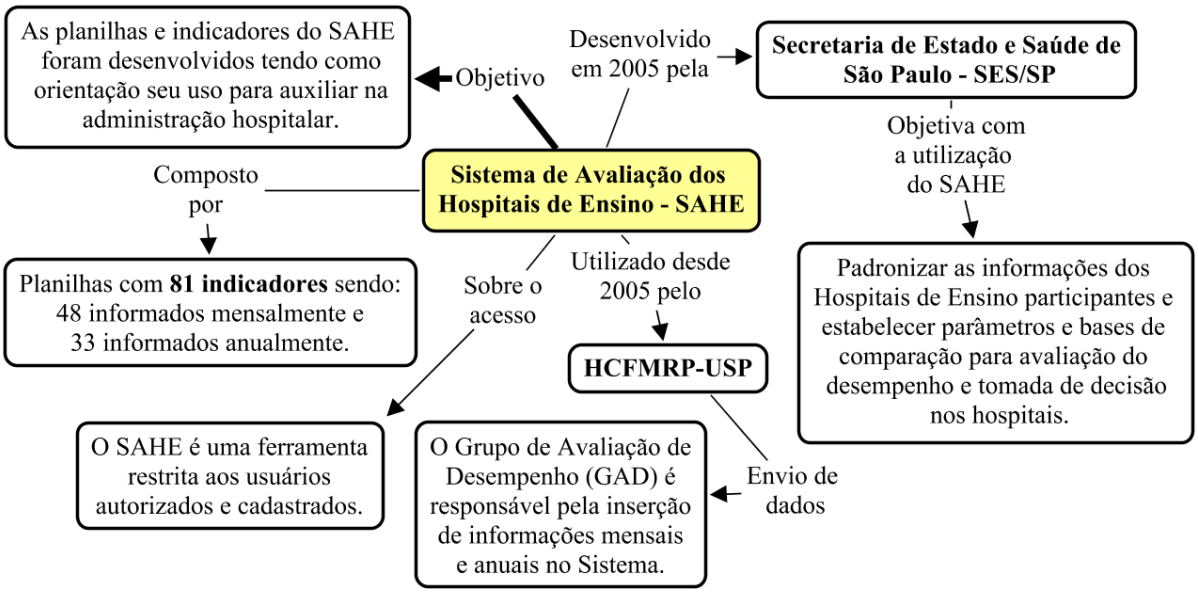


Figura 9 - Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino - SAHE e sua relação com o HC.
Fonte: Elaborada pelo autor.
Nota: Inicie a leitura do mapa mental da caixa de texto "**Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino - SAHE**", em seguida, acompanhe a linha grossa até a próxima caixa de texto; posteriormente, inicie a leitura novamente pela caixa de texto colorida e siga as quatro linhas finas que saem dessa caixa, iniciando pela linha fina que fica a direita da seta grossa. Acompanhe as setas até a última caixa de texto.

O SAHE foi adotado pelo HC em 2005 e requisita do hospital planilhas mensais e anuais com indicadores hospitalares. Esses indicadores e planilhas foram desenvolvidos tendo como orientação seu uso para auxiliar na administração hospitalar; assim, as informações disponibilizadas pelo SAHE são utilizadas pelos hospitais como forma de comparação (*Benchmarking*) (SES-SP, 2007).

Segundo a SES-SP (2007), o conhecimento da realidade dos outros hospitais e das condições de saúde no Estado permite decisões estratégicas, tanto das unidades de ensino como da própria Secretaria de Saúde. A SES-SP também utiliza o SAHE para aprimorar os processos de certificação e contratualização dos HEs (SES-SP, 2007).

4.1.3 Programa Gestão à Vista - PGV

Para monitorar e analisar o desempenho, estimular a gestão transparente e participativa, desenvolver metas e permitir um entendimento amplo dos processos foi criado em 2006, e implantado em 2007, o Programa Gestão à Vista (PGV) (HCFMRP-USP, 2010).

O PGV estabelece e acompanha os indicadores e metas setoriais e institucionais de desempenho do HC (HCFMRP-USP, 2010). Ademais, conforme destaca o Relatório de Atividades de 2007 do HC: "[...] O **alinhamento** destes indicadores ao **Plano de Metas institucional** gera uma cultura de informação gerencial que possibilita a melhoria contínua através da análise dos resultados" (grifo nosso).

Segundo Geronimo *et al.* (2010):

> O Programa Gestão à Vista tem como objetivo geral consolidar a prática da utilização de indicadores através de ações que comprovem a efetividade do uso da ferramenta dentro do processo de gestão das unidades. E ainda **alinhar** os indicadores **setoriais** com os **institucionais**, elementos essenciais do Planejamento Estratégico Institucional. (grifo nosso).

A divulgação do PGV é realizada por cada unidade por meio de (i) quadros com gráficos, (ii) relatórios de ações corretivas, (iii) planos de ação do setor, e (iv) avisos gerais sobre as principais mudanças ocorridas (GERONIMO *et al.*, 2010).

Essa divulgação, segundo o Relatório de Gestão 2003-2010, visa gerar senso de análise e participação global dos setores, pois, além dos resultados da própria unidade, os colaboradores passam a observar e entender a atuação das áreas de interface, e com isso se conduzirem ao consenso ou, se necessário, à redefinição dos processos de forma conjunta.

Os painéis do Programa têm a função de estimular a competição criativa entre as unidades, permitindo a comparação e favorecendo o *benchmarking* interno. Além disso, possibilitam identificar as oportunidades de melhorias nos processos de trabalho (HCFMRP, 2010).

O acompanhamento do programa é feito pelo Grupo de Avaliação de Desempenho (GAD), órgão subordinado à Assessoria Técnica. Cada unidade participante estabelece seus indicadores apoiados nas técnicas estatísticas disseminadas nas oficinas de capacitação oferecidas pelo HC aos profissionais (GERONIMO *et al.*, 2010). Dessa forma, conforme apresenta Geronimo *et al.* (2010), o PGV oferece a ferramenta necessária para que as áreas procedam ao controle dos indicadores e estabeleçam suas metas.

A equipe do Programa Gestão à Vista acompanha *on-line* e mensalmente o programa, o que dá maior agilidade na divulgação institucional (GERONIMO *et al.*, 2010). Ocorrem também visitas trimestrais às unidades, para: (i) atualização dos gráficos Institucionais das Unidades Campus e de Emergência – Taxa de Ocupação dos Leitos, Duração Média da Internação, Custo Médio do Paciente-Dia e Custo Médio do Leito-Dia; e (ii) atualização do gráfico do próprio programa, que apresenta a porcentagem de indicadores atualizados em relação aos participantes e o cumprimento de metas (GERONIMO *et al.*, 2010).

Após as visitas trimestrais é elaborado um relatório demonstrativo, com a quantidade de áreas participantes, o número de indicadores que estão sendo acompanhados no programa e quantos painéis estão sendo atualizados (GERONIMO *et al.*, 2010).

A figura 10 resume as principais informações do PGV.

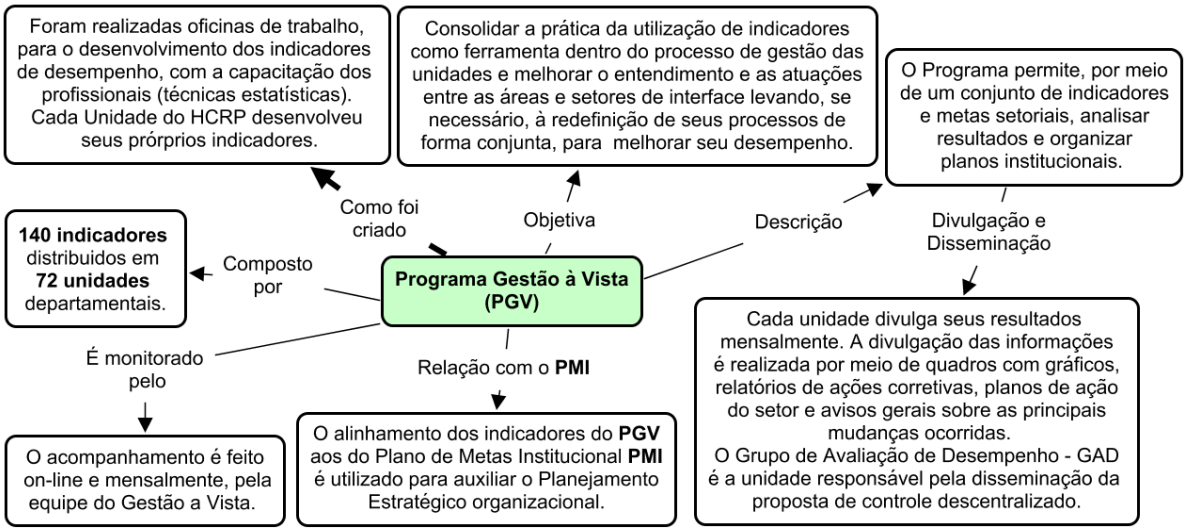


Figura 10 - Programa Gestão à Vista - PGV do HCFMRP.
Fonte: Elaborada pelo autor.
Nota: Inicie a leitura do mapa mental da caixa de texto "**Programa Gestão à Vista (PGV)**", em seguida acompanhe a linha grossa até a próxima caixa de texto; posteriormente inicie a leitura novamente pela caixa de texto colorida e siga as cinco linhas finas que saem dessa caixa, iniciando pela linha fina que fica a direita da seta grossa. Acompanhe as setas até a última caixa de texto.

Anualmente, as áreas apresentam relatório à Assessoria Técnica e à Superintendência, com uma discussão do desempenho do período, bem como parecer contendo as não conformidades detectadas e as ações tomadas. Também são realizadas, anualmente, reuniões de análise crítica dos indicadores, das especialidades, com os Departamentos Clínicos da FMRP-USP (HCFMRP, 2010).

Em 2010, o PGV obteve a participação de 62 unidades, utilizando 104 indicadores, com a demonstração de grande comprometimento dessas unidades com as metas estabelecidas, sendo que cerca de 85% dos painéis foram atualizados no primeiro semestre (HCFMRP, 2010). Dos indicadores acompanhados, 32% atingiram a meta proposta e 45%

não atingiram, sendo o restante (23%) acompanhados para definição posterior de metas (GERONIMO *et al.*, 2010).

Ainda em 2010, foram definidas novas diretrizes na metodologia do PGV, pois houve aumento na participação das unidades e modificação na qualidade das informações, com o exercício da medição (HCFMRP, 2010). De acordo com o Relatório de Gestão 2003-2010 (p. 23), o programa é considerado "*uma ferramenta bem requisitada e, portanto, com a necessidade de atualização frequente*".

O Relatório de Gestão de 2003-2010 também destaca que:

> Os indicadores e metas setoriais trouxeram clareza e transparência aos processos, possibilitando, por meio da mensuração das atividades, um entendimento amplo dos processos, demonstrando que análise de desempenho é uma poderosa ferramenta para o direcionamento da gestão administrativa das unidades. (HCFMRP, 2010, p. 23).

4.1.4 Compromisso com a Qualidade Hospitalar - CQH

Em 2007, o HCFMRP aderiu ao programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar – CQH, que tem como entidades mantenedoras a Associação Paulista de Medicina e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (HCFMRP, 2010). Conforme apresentado no Relatório de Gestão 2003-2010 (p. 25), o programa CQH apresenta os seguintes objetivos:

> 1. Colaborar para a melhoria contínua da qualidade do atendimento médico-hospitalar; 2. Construir um Grupo de Qualidade composto por membros do Corpo-Clínico, da equipe de enfermagem e dos setores administrativos, designando pelo menos três interlocutores (um de cada setor); 3. Promover o aprimoramento e o desenvolvimento dos recursos humanos em todos os níveis; e 4. Contribuir mensalmente para o Fundo de Apoio ao Programa, considerando valores definidos em consenso, pelos hospitais participantes e pelo Núcleo Técnico do CQH. (HCFMRP, 2010, p. 25).

Segundo o Relatório de Atividades de 2007 do HC:

> O Hospital aderiu ao programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar – CQH, que tem como objetivo a melhoria contínua da qualidade do atendimento nos serviços de saúde, estimulando a participação e auto-avaliação dos serviços, **incentivando a mudança de atitudes e de comportamentos** e o trabalho coletivo, principalmente de grupos multidisciplinares, nos processos de atendimento.
>
> Nesse contexto, foram realizadas várias reuniões para divulgação e disseminação dessa nova metodologia de trabalho na Instituição e, ainda, várias adequações estão sendo realizadas com o objetivo de **buscar o**

> **reconhecimento** através do Selo de Conformidade das Ações. (HCFMRP-USP, 2007, p. 39, grifo nosso).

De acordo com o PO de 2008, um dos indicadores pactuados no PMI[85] estava relacionado à implementação do CQH no HC. Esse indicador era denominado "Auditorias internas - implementação da Metodologia de Qualidade Hospitalar- CQH". Conforme exposto no PO de 2008 "O programa CQH estimula a participação e autoavaliação e contém um **componente educacional muito importante**, que é o incentivo a **mudanças de atitudes e comportamentos**." (grifo nosso).

A figura 11 apresenta as principais informações do Programa CQH no HC.

[85] Outro indicador pactuado, entre os anos de 2009 e 2010, no PMI e relacionado à implantação do CQH era denominado "Relatórios Padronizados do CQH elaborados pelos subcomitês". O HC obteve a pontuação máxima nesses indicadores. Esses indicadores foram substituídos a partir de 2011 em função da obtenção do Selo de Qualidade do CQH em 2010.

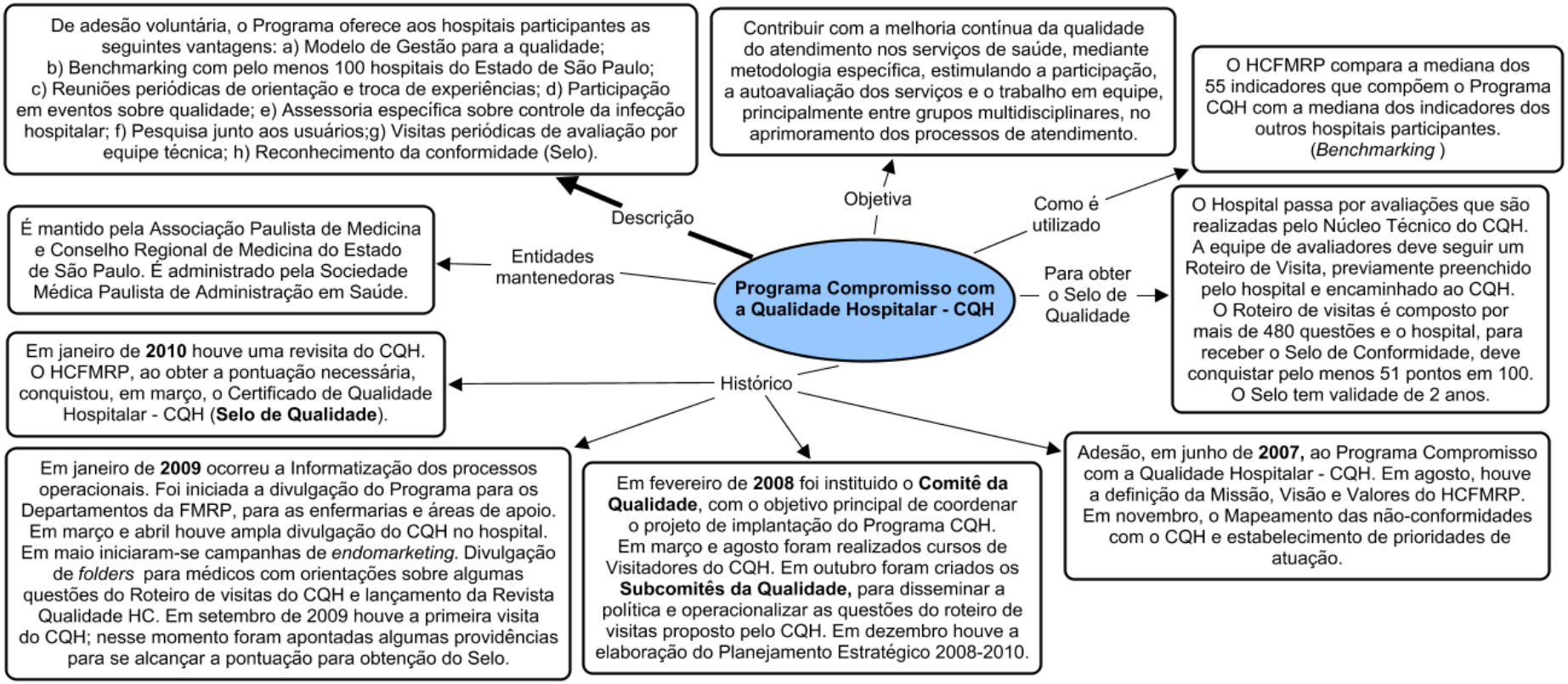


Figura 11 - Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar - CQH no HCFMRP.
Fonte: Elaborada pelo autor.
Nota: Inicie a leitura do mapa mental da caixa de texto "**Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar - CQH**", em seguida acompanhe a linha grossa até a próxima caixa de texto; posteriormente inicie a leitura novamente pela caixa de texto colorida e siga as cinco linhas finas que saem dessa caixa, iniciando pela linha fina que fica a direita da seta grossa. Acompanhe as setas até a última caixa de texto.

Em 2008, o HCFMRP criou o Comitê da Qualidade, que desenvolve um modelo de gestão fundamentado nas diretrizes do CQH, e oito Subcomitês abrangendo todos os processos da Instituição: Urgência e Emergência, Internação, Cirurgias, Gestão de Pessoas, Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Apoio Técnico, Apoio Administrativo e Atendimento Ambulatorial (HCFMRP, 2010b).

Cabe ao Comitê da Qualidade coordenar o projeto de implantação do programa CQH, e aos Subcomitês disseminar a política e a cultura de qualidade, elaborando planos de ações para o cumprimento das questões do Roteiro de Visitas do Programa (HCFMRP, 2011).

Dentre as atividades realizadas para implementação do CQH no HC, destaca-se a elaboração do Planejamento Estratégico (PE), em 2008, que estabelece os objetivos e ações institucionais para conduzir o hospital, tendo como premissa a Missão[86], Visão[87] e Valores[88] (HCFMRP, 2009).

Segundo o HCFMRP (2009b), o PE é acompanhado pela alta administração e tem por objetivos organizar os recursos para garantir a eficiência e eficácia nos serviços prestados, além de proporcionar melhorias no Ensino, Pesquisa e Assistência integral e humanizada; garantir a qualidade dos serviços prestados e integrar as ações de forma participativa entre o HCFMRP-USP e a FMRP-USP, adequando a capacidade de atendimento à demanda SUS.

O Relatório de Atividades de 2009 do HC destaca que:

> Para a Administração do Hospital das Clínicas, o ano de 2009 foi **marcado pela reorganização interna,** com a realização de diversos ajustes norteados, **principalmente**, **pelos critérios do** Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar – **CQH** [...]. (HCFMRP-USP, 2009, p. 6, grifo nosso).

No final de 2009 e início de 2010, o HC recebeu a visita dos avaliadores do Núcleo Técnico do CQH, que atestaram a conformidade das atividades realizadas pelo hospital com as diretrizes do Programa, conferindo ao HCFMRP o Selo de Qualidade (HCFMRP, 2010).

---

[86] "Desenvolver e praticar assistência, ensino e pesquisa em saúde, por meio da busca permanente da excelência e melhoria da qualidade de vida da população".

[87] "Ser reconhecido nacional e internacionalmente como referência em atenção à saúde, geração de conhecimento, formação e capacitação profissional para a valorização da vida".

[88] "Ética; Humanismo; Responsabilidade Social; Pioneirismo e Inovação; Competência Pessoal; Comprometimento Institucional; e Compromisso com a Qualidade".

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nesta seção são apresentadas a estratégia da pesquisa, os procedimentos de coleta de dados e evidências e a técnica de análise dos dados.

5.1 Estratégia de Pesquisa

A estratégia da pesquisa adotada foi o estudo de caso com o objetivo de analisar o efeito da contratualização de desempenho de um hospital de ensino em seus instrumentos de mensuração de desempenho e na negociação dos indicadores e metas pactuadas com a fonte de recursos públicos. A opção pelo estudo de caso reside no fato de o método permitir que se retenham as características holísticas e significativas de um evento real (YIN, 2010). Segundo Eisenhardt (1989), essa estratégia de pesquisa concentra-se na compreensão das dinâmicas encontradas numa única configuração, por exemplo, estudos que examinam várias mudanças estratégicas dentro de uma única empresa.

Para maior compreensão da estratégia de pesquisa, Lillis e Mundy (2005) argumentam que o estudo de caso possibilita a exploração da existência e da natureza de um fenômeno, explicando os *links* causais e o contexto; entretanto, com baixa precisão dos construtos mensurados. Ao se planejar e conduzir um estudo de caso, as proposições e teses preliminares substituem as hipóteses normalmente formuladas nas pesquisas convencionais (LILLIS e MUNDY, 2005). Logo, na realização de um estudo de caso buscam-se elementos e evidências para proporcionar uma descrição, gerar teoria (*generate theory*) ou possibilitar uma nova visão teórica e construir teoria (*grounded theory building*) (EISENHARDT, 1989).

Objetivando melhorar o nível de consistência da pesquisa e aumentar a confiabilidade e validade dos dados (VOSS, TSIKRIKTSIS e FROHLICH, 2002), foi elaborado um protocolo[89] de investigação (tabela 08). De acordo com Yin (2010), por conter os procedimentos e regras gerais que irão orientar o investigador na coleta de dados, o protocolo é uma maneira importante de aumentar a confiabilidade da pesquisa de estudo de caso.

---

[89] Um protocolo contém o instrumento de pesquisa com procedimentos e regras gerais, indicando principalmente como serão obtidos os conjuntos de informações a serem investigados (VOSS, TSIKRIKTSIS e FROHLICH, 2002).

Tabela 8 – Protocolo de estudo de caso

Visão Geral do Projeto
❖ **Objetivo do estudo** Analisar o efeito da contratualização de desempenho de um hospital público de ensino, em seus instrumentos de mensuração de desempenho e na negociação dos indicadores e metas pactuadas com a fonte de recursos públicos.
❖ **Proposições do estudo** **1.** O processo de contratualização impacta a modificação dos instrumentos de mensuração de desempenho no hospital, considerando o ambiente organizacional de um hospital público; e **2.** A adesão à contratualização induz os gestores hospitalares a ter comportamentos proativos no processo de negociação de indicadores, metas e pontuação para a busca do equilíbrio institucional na relação com a fonte de recursos.
❖ **Estrutura Teórica para o Estudo de Caso -** Utilização da literatura sobre SMD e das estruturas conceituais à Nova Economia Institucional em sua vertente, que caracteriza as instituições como equilíbrio, e na vertente de Greif (2008), que aborda as instituições como mecanismos de apoio ao mercado.
❖ **Seleção do caso** - Dado que se pretendeu estudar um hospital público, observar os efeitos da contratualização nos sistemas de desempenho e as reações dos agentes, o caso selecionado de forma intencional deveria ter as seguintes características: (i) ser de controle e gestão públicos; (ii) ter passado por contratualização com a fonte de recursos pública; (iii) ser referência em cuidado e atenção à saúde; e (iv) ter evidências de que houveram mudanças em seu SMD. Entrevistas preliminares deram evidências de que o Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto, atende todas estas características, e, portanto foi escolhido, entre outros Hospitais no Brasil que também atendiam os mesmos requisitos, por conveniência logística do pesquisador.
Procedimentos de Coleta de Dados e Evidências
❖ **Plano de coleta de dados e evidências** 1) Levantamento de informações públicas nos relatórios e site do hospital; 2) Revisão e compreensão as normas legais relacionadas à assistência hospitalar; 3) Leitura de artigos da Revista Qualidade HC, referentes aos instrumentos de mensuração de desempenho do Hospital. Essas três fases iniciais de coleta de dados possibilitaram realizar uma primeira compreensão da contratualização do Hospital e de seus instrumentos de mensuração de desempenho. Para aprofundamento da análise foram realizadas outras três fases complementares: 4) Solicitação de documentos via Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (e-SIC): Convênio Universitário nº 21/2002; Convênio nº226/2007; Termo Aditivo de Reti-Ratificação nº 01/2013 e as 30 Atas das Reuniões trimestrais de Avaliação do instrumento de mensuração de desempenho utilizado para acompanhar os indicadores e metas de desempenho pactuadas na Contratualização do Hospital; 5) Observação direta em campo no Grupo de Avaliação de Desempenho (GAD) do Hospital. A observação em campo foi realizada em quatorze visitas ao GAD, que ocorreram nos meses de novembro e dezembro de 2012 e tiveram duração total de aproximadamente 52 horas. As visitas ao GAD foram autorizadas pela Diretora da Assessoria Técnica do Hospital das Clínicas. 6) Durante as vistas foram disponibilizados materiais internos do HC, como o Relatório de Gestão 1995-2002, o Relatório Estratégico e outros referentes aos instrumentos de mensuração de desempenho do HC. Essas três fases possibilitaram retirar dúvidas quanto à modificação, funcionamento e inter-relação entre os instrumentos de mensuração de desempenho do Hospital. As evidências coletadas nas fases iniciais foram trianguladas com as da fase complementar.

Fonte: Elaborada pelo autor conforme Alves (2010), Campos (2009) e Yin (2010, p. 107).

5.2 Procedimentos de coleta de dados e evidências

Uma das características do estudo de caso é o uso de técnicas qualitativas que, embora exprimam medidas menos concisas (por exemplo, coeficientes de correlação e p-valor), podem gerar evidências partindo-se dos dados para a teoria, de modo que essa os espelhe (EISENHARDT, 1989). A utilização da estratégia de estudo de caso na presente pesquisa iniciou-se do uso e análise de dados qualitativos como quantitativos (gráficos e tabelas com os indicadores) de documentos (públicos e privados) e de observação em campo.

O estudo de caso visa analisar um fenômeno com múltiplas fontes de evidências, incluindo dados de observação direta, entrevistas e análise de documentos públicos e privados (VOSS, TSIKRIKTSIS e FROHLICH, 2002). Para se desenvolver as proposições do presente estudo foram utilizadas múltiplas fontes de evidência, incluindo dados de observação direta e análise de documentos públicos e privados. As fontes de dados e evidências da pesquisa são as apresentadas na tabela 09.

Tabela 9 - Fonte de evidências, justificativa e forma de obtenção dos dados

Fonte de evidências	Descrição	Justificativa	Obtenção
1) Relatórios de Atividades do hospital (HC), no período de 2002 a 2011. **2)** Relatório de Gestão 2003-2010. **3)** Relatório de Atividades da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA) do HC, no período de 2006 a 2012. **4)** Artigos da Revista Qualidade HC.	Os Relatórios de Atividades, tanto do HC quanto da FAEPA, apresentam as principais atividades desenvolvidas pelas organizações, no ano. O Relatório de Gestão é elaborado no final da administração do Superintendente do HC e apresenta as principais atividades desenvolvidas em seu mandato, que é de sete anos.	Identificar os instrumentos de mensuração de desempenho do HC. Compreender a mudança desses instrumentos, suas origens, seu funcionamento e os motivos de adoção. A Revista Qualidade HC apresenta os relatos de experiências em gestão hospitalar do Hospital.	Site do HC e da FAEPA Foi obtida a versão impressa da Revista Qualidade HC.
5) Normas legais relacionadas à política assistencial hospitalar do SUS para os Hospitais de Ensino.	As normas legais estão descritas na Tabela A.2 do Apêndice.	Compreender, principalmente, o funcionamento do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (PRHE), criado em 2005, pelo Ministério da Saúde e da Educação. Esse programa instituiu a contratualização dos hospitais de ensino no Brasil e obrigou os hospitais participantes a adotar o instrumento de mensuração de desempenho denominado Plano de Metas.	Site do Ministério da Saúde e Educação.
6) Convênio Universitário nº 21/2002. **7)** Convênio nº 226/2007 e o Termo Aditivo de Reti-Ratificação nº 01/2013. **8)** Trinta Atas[90] das Reuniões de Avaliação do Plano de Metas.	Os Convênios representam os contratos de assistência à saúde, celebrados entre o Governo do Estado de São Paulo, através da Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP), e o HCFMRP-USP. O Convênio nº 226/2007 teve sua vigência prorrogada pelo Termo Aditivo de Reti-Ratificação nº 01/2013.	Compreender as obrigações entre a SES-SP e o HCFMRP-USP, a forma de financiamento do Convênio e a dinâmica do instrumento de mensuração de desempenho utilizado para acompanhar parte dos recursos repassados.	Utilização da Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527, de 10 de novembro de 2011).
9) Observação em campo no Grupo de Avaliação de Desempenho (GAD) do HCFMRP-USP. **10)** Leitura de documentos e relatórios internos disponibilizados pelo GAD, como o Relatório de Gestão 1995-2010 referente ao mandato do Superintendente do HCFMRP-USP.	A observação em campo e a análise de documentos no Grupo de Avaliação de Desempenho (GAD) ocorreram nos limites permitidos pela Resolução nº 196/96[91]. Foram realizadas 14 visitas ao GAD. Elas tiveram duração total de 52 horas. Dentre as atribuições do GAD, destacam-se: a) avaliar a eficácia e a eficiência das unidades do hospital; b) realizar estudos para o desenvolvimento dos instrumentos de avaliação de desempenho.	Compreensão da dinâmica das atribuições do GAD e de sua relação com os instrumentos de mensuração de desempenho do HC e aprofundar compreensão sobre os instrumentos de mensuração de desempenho e suas inter-relações. Retirar dúvidas sobre os documentos disponibilizados eletronicamente pelo HC, as normas legais e os Convênios assinados pelo Hospital com os membros do GAD.	Observação direta no GAD e em reunião de avaliação mensal do Plano de Metas Institucional.

Fonte: Elaborada pelo autor.

[90] As Atas são elaboradas trimestralmente e contêm a discussão dos indicadores e metas de desempenho pactuado entre o HCFMRP-USP e a SES-SP,
e no caso do HC foram elaboradas a partir de sua contratualização, no terceiro trimestre de 2005.

[91] A Resolução estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos.

A tabela 09 apresenta dez fontes de evidências analisadas. Essas fontes possibilitaram a triangulação dos dados coletados, de modo a garantir a confiabilidade e a validade interna do estudo.

5.3 Técnica de análise

O estudo utilizou a Análise de Conteúdo para identificar variáveis de inferência nos documentos investigados e reduzir as interpretações subjetivas dos índices[92] e indicadores[93] utilizados na investigação.

Bardin (2011) ressalta que a Análise de Conteúdo é empregada como uma ferramenta de diagnóstico[94], que permite a realização de inferências específicas e interpretações causais sobre determinado aspecto do texto\mensagem em análise.

Para realizar a Análise de Conteúdo é necessário: i) escolher os documentos a serem analisados, ou seja, realizar a seleção do *corpus*[95] que será submetido aos procedimentos analíticos, ii) realizar a análise exploratória (*fishing expeditions*) do *corpus* para se formular as hipóteses e os objetivos (direcionador da análise) da investigação e escolha da(s) técnica(s) da Análise de Conteúdo, e iii) elaborar os índices e indicadores para fundamentar a interpretação dos resultados (BARDIN, 2011).

O corpus da Análise de Conteúdo é apresentado na tabela 10. Os procedimentos exploratórios de cada proposição e os índices e indicadores utilizados são apresentados nas próximas subseções.

---

[92] Conforme Bardin (2011), o índice deve representar a menção explícita de um tema na mensagem analisada.

[93] Os indicadores, por exemplo, podem representar a frequência (relativa ou absoluta) do índice (BARDIN, 2011).

[94] A autora também utiliza o termo semiologia, ou estudo da organização dos sistemas significantes.

[95] O *corpus* escolhido deve respeitar as seguintes regras, segundo Bardin (2011): a) regra da exaustividade - a totalidade do conteúdo demarcado para a análise deve ser investigada; b) regra da representatividade - caso seja selecionada a amostra de um material, essa deve ser representativa do todo; c) regra da homogeneidade - os grupos de documentos do corpus devem ser homogêneos, ou seja, obedecer a critérios precisos de escolha; e d) regra da pertinência - os documentos utilizados devem ser adequados enquanto fonte de informação, isto é, corresponderem ao objetivo da análise de conteúdo.

Tabela 10 - *Corpus* para a realização da Análise de Conteúdo

Nº do documento	Nome do documento	Elaborado por (Autor/Emissor)	Destinada para (Receptor)
I e II	Relatório de Gestão 1995-2002; Relatório de Gestão 2003-2010.	HCFMRP-USP	*Stakeholders* da organização (Por exemplo: Comunidade, Fornecedores, Funcionários, Pacientes, Governo)
III ao XII	Relatório de Atividades de 2002 ao Relatório de Atividades de 2011.	HCFMRP-USP	*Stakeholders* da organização (Por exemplo: Comunidade, Fornecedores, Funcionários, Pacientes, Governo)
XIII ao XV	Convênio Universitário 21/2002; Convênio 226/2007 Termo Aditivo de Reti-Ratificação nº 01/2013	HCFMRP-USP e SES-SP	HCFMRP-USP e SES-SP
XVI ao XXI	Relatório de Atividades de 2006; ao Relatório de Atividades de 2011.	FAEPA	*Stakeholders* da organização (Por exemplo: HCFMRP-USP, usuários do Hospital, Comunidade, Fornecedores, Governo)
XXII ao LI	Ata da Reunião de Avaliação do Plano de Metas referente ao 3º Trim.estre* de 2005 até a Ata da Reunião de Avaliação do Plano de Metas referente ao 4º trimestre de 2012	CPAC	CPAC, HCFMRP-USP, SES-SP e Direção Regional de Saúde XIII (DRS-XIII)
LII ao LV	Plano Operativo 2005; Plano Operativo 2006-2007; Plano Operativo 2008; Plano Operativo 2010.	HCFMRP-USP	HCFMRP-USP, SES-SP e Direção Regional de Saúde XIII (DRS-XIII)
LVI	Artigo da Revista Qualidade HC: "O Programa Gestão à Vista no processo de melhoria contínua"	HCFMRP-USP	*Stakeholders* da organização (Por exemplo: Comunidade, Fornecedores, Funcionários, Pacientes, Governo)
LVII ao LVIII	Portaria nº 1.702, de agosto de 2004 - cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (PRHE) no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Portaria n.º 1.703, de agosto de 2004 - destina recursos de incentivo à contratualização.	Ministério da Saúde	Destinatário direto: Hospitais de Ensino e Gestores do SUS.

Fonte: Elaborada pelo autor. * Total de 30 Atas de Reuniões trimestrais de Avaliação do Plano de Metas.

O texto do documento investigado pela Análise de Conteúdo deve passar por uma codificação que de, acordo com Bardin (2011), envolve três escolhas:

1. Recorte – a escolha das unidades de registro e das unidades de contexto. A unidade de registro é a unidade de significação e pode ser uma palavra (palavras-chave) ou um tema (núcleos de sentido). A unidade de registro é considerada a

unidade base para categorização e contagem. A unidade de contexto corresponde ao segmento do texto\mensagem, que deve ser superior à unidade de registro, e serve para codificar a unidade de registro, ou seja, compreender sua significação.

2. Contagem – escolha das regras de enumeração ou associação. Essas regras podem ser: i) presença ou ausência da unidade de registro nas unidades de contexto; ii) frequência ponderada da presença da unidade de registro (pressupondo-se que quanto maior a frequência maior a significação); iii) intensidade (variações semânticas ou formais) e direção (ponderação favorável, desfavorável ou neutra) da unidade de registro; iv) ordem de aparição[96] das unidades de registro; e v) coocorrências[97], que representam a presença simultânea de duas ou mais unidades de registro na mesma unidade de contexto.

3. Classificação e agregação – representam a escolha de categorias. As categorias são o agrupamento das unidades de registro que apresentam características comuns. O agrupamento[98] pode ser, por exemplo, semântico (temas), sintático (classe gramatical) e léxico (classificação de acordo com o sentido da palavra). Além disso, devem refletir as intenções da investigação, as questões a serem analisadas e corresponder às características da mensagem.

Após essas etapas do processo de codificação, Bardin (2011) apresenta três polos de inferência na Análise de Conteúdo:

1. A mensagem – é o foco da Análise de Conteúdo. Na mensagem existem dois níveis de análise para a criação de variáveis inferenciais. O primeiro nível é o código (por exemplo: palavras e frases), que serve como indicador capaz de revelar as realidades subjacentes da mensagem; o segundo é a significação (por exemplo: os temas e os assuntos abordados na mensagem), que revela o conteúdo da mensagem.

2. O emissor – aquele que emite a mensagem, e pode ser um indivíduo ou grupo de indivíduos. Parte-se do pressuposto de que a mensagem exprime e representa o emissor.

---

[96] A frequência significativa de uma ordem das unidades de registro pode possibilitar alguma inferência a depender da mensagem sob análise (BARDIN, 2011).

[97] Possibilita verificar associações e distribuições das unidades de registro na unidade de contexto (BARDIN, 2011).

[98] As categorias ou agrupamentos, segundo Bardin (2011), devem respeitar os seguintes atributos: i) exclusão mútua - as unidades de registro que fazem parte de uma categoria não podem estar em mais de uma categoria; ii) homogeneidade - deve existir um princípio de classificação para orientar o que faz parte ou não da categoria; iii) pertinência - o agrupamento deve estar adaptado ao material selecionado para a análise, iv) objetividade e fidelidade - as categorias devem ser codificadas da mesma forma; e v) produtividade - o agrupamento deve ser capaz de fornecer inferências férteis.

3. O receptor – é o destinatário primeiro da mensagem e pode ser um indivíduo ou grupo. A mensagem pode fornecer informações relativas ao receptor, pois se pressupõe que ela se dirige a esse indivíduo com a finalidade de se adaptar ao emissor e agir sobre ele.

Esses polos de análise inferencial possibilitam dois tipos de inferência: a inferência específica (por exemplo: a ligação entre dois ou mais elementos de significação na mensagem) e a inferência geral, que pode apresentar leis de associação entre os elementos da mensagem (BARDIN, 2011). Para se obter essas inferências é necessário considerar os antecedentes da mensagem, provas de sua legalidade e autenticidade e os resultados da comunicação (BARDIN, 2011).

As etapas da codificação e de inferência de cada proposição serão apresentadas de forma separada, para facilitar a compreensão. As seções a seguir se destinam a esse objetivo.

5.3.1 Estruturação da análise da primeira proposição

A primeira proposição visa examinar se o processo de contratualização impacta a modificação dos SMDs no HC e sua forma de utilização, considerando o ambiente organizacional de um hospital público.

Para analisar essa proposição foi elaborada uma narrativa histórica, do período de 1995 até 2012, sobre a mudança das *Contract-Enforcement Institutions* relacionadas ao HC. Ao longo dessa narrativa foi utilizado o instrumental teórico de Greif (2008) para evidenciar a associação da mudança dos instrumentos de mensuração de desempenho com o processo de contratualização.

Após essa narrativa é apresentado o resultado da análise de conteúdo, que tem por objetivo demonstrar se os instrumentos de mensuração de desempenho adotados pelo HC, entre os anos de 1995 a 2012, podem ser considerados Sistemas de Mensuração de Desempenho, de acordo com o exposto pela literatura de contabilidade gerencial revisada.

De acordo com Franco-Santos, Lucianetti e Bourne (2012)[99] um SMD deve apresentar as seguintes características:

[99] Os autores realizaram revisão de literatura abordando as publicações de quinze periódicos (*Accounting, Organization and Society; The Accounting Review; Management Accounting Research; Behavioral Research in Accounting; British Accounting Review; Journal of Operation Management; Operations Research;*

i. Utilizar medidas financeiras e não financeiras para operacionalizar os objetivos estratégicos da organização;
ii. Avaliar o desempenho, tanto para fins informacionais quanto para fins motivacionais;
iii. Compreender uma infraestrutura informatizada; e
iv. Envolver processos específicos de prestação de informações.

Portanto, para a presente pesquisa, um instrumento gerencial de mensuração de desempenho será considerado SMD se apresentar todas as características descritas por Franco-Santos, Lucianetti e Bourne (2012).

A análise de conteúdo também verificará se os SMD identificados apresentam algum dos atributos descritos por Otley (1987), Moon e Fitzgerald (1996), Purbey, Mukherjee e Bhar, (2007), Perego e Hartmann (2009), Grafton, Lillis e Widener (2010) e Franco-Santos, Lucianetti e Bourne (2012).

Logo, serão investigadas cinco características de um SMD, sendo as quatro primeiras essenciais para que o instrumento seja classificado SMD e a quinta para verificar se o instrumento apresenta algum atributo. Essas cinco características foram subdivididas em sete categorias de análise, conforme apresentado na tabela 11.

Tabela 11 - Características do SMD e respectiva categorização semântica de análise

Característica do SMD	Categoria semântica
1 - Utilizar medidas financeiras e não financeiras para operacionalizar os objetivos estratégicos da organização.	1) Medidas financeiras e não financeiras 2) Objetivos estratégicos da organização
2 - Avaliar o desempenho, tanto para fins informacionais quanto para fins motivacionais.	3) Fins informacionais 4) Fins motivacionais
3- Compreender uma infraestrutura informatizada.	5) Infraestrutura informatizada
4 - Envolver processos específicos de prestação de informações.	6) Processos específicos de prestação de informações
5 - Ser projetado para refletir os atributos desejados.	7) Representar algum atributo desejado

Fonte: As quatro primeiras características do SMD são apresentadas por Franco-Santos, Lucianetti e Bourne (2012) a ultima características representa os atributos descritos por Otley (1987), Moon e Fitzgerald (1996), Purbey, Mukherjee e Bhar, (2007), Perego e Hartmann (2009), Grafton, Lillis e Widener (2010) e Franco-Santos, Lucianetti e Bourne (2012) e as categorias semânticas foram elaboradas pelo autor, para operacionalizar a análise de conteúdo.

A partir da análise exploratória (*fishing expeditions*) do *corpus* dos documentos foram encontrados quatro instrumentos de mensuração de desempenho adotados pelo HC após sua contratualização. Por isso, foram utilizadas diferentes unidades de registro, de acordo com o

---

International Journal of Operations and Production Management; International Journal of Production Research; International Journal of Production Economics; Long Range Planning; Strategy Management Journal; Academy of Management Journal; Administrative Science Quarterly; and British Journal of Management) durante os anos de 1992 a 2011 e encontraram 76 artigos realicionados a temática de sistemas de mensuração de desempenho. Os atores analisaram esses artigos e suas referências e ao longo do artigo discutem o conhecimento atual sobre o impacto dos sistemas de mensuração de desempenho, com destaque para as inconsistências e lacunas, fornecendo orientação para futuras pesquisas.

instrumento analisado, para cada uma das sete categorias semânticas. As unidades de registro selecionadas são frases retiradas dos documentos (*corpus*) que retratam as categorias semânticas.

As unidades de contexto foram divididas nos fragmentos do texto, que retratam particularmente cada um dos instrumentos de mensuração de desempenho do HC.

Para facilitar a seleção das frases representativas das categorias semânticas foi elaborada a tabela 12, que apresenta a descrição das categorias para o caso analisado.

Tabela 12 - Descrição das categorias semânticas

Categoria semântica	Descrição
1) Medidas financeiras e não financeiras	São consideradas medidas financeiras e não financeiras os indicadores de desempenho utilizados pelos instrumentos de mensuração de desempenho do HC. Logo, a frase que apresentar ou descrever o indicador financeiro e o não financeiro do instrumento de mensuração de desempenho será considerada a unidade de registro associada a essa categoria.
2) Objetivos estratégicos da organização	No Relatório de Gestão 2003-2010 do HC estão descritos os objetivos e ações do Planejamento Estratégico utilizado no período de 2009 a 2011. Portanto, as unidades de registro (frases) retiradas das unidades de contexto (fragmento do texto do documento que retratar o instrumento de mensuração de desempenho do Hospital) serão associadas a essa categoria semântica, caso reflitam e auxiliem na execução de pelo menos um dos objetivos ou ações estratégicas do Planejamento Estratégico.
3) Fins informacionais	As unidades de registro que compõem essa categoria devem apresentar as finalidades dos instrumentos de mensuração de desempenho para as unidades que os utilizam e/ou para a gestão do HC.
4) Fins motivacionais	Farão parte dessa categoria as frases que descrevem as motivações fornecidas pelos instrumentos de mensuração de desempenho aos funcionários e/ou departamentos/unidades e/ou ao próprio HC.
5) Infraestrutura informatizada	Compõem essa categoria semântica as unidades de registro que retratarem a existência de infraestrutura informatizada no HC para mensurar os indicadores dos instrumentos ou alguma característica do modo de distribuição das informações coletadas pelos indicadores de desempenho.
6) Processos específicos de prestação de informações	Serão consideradas as unidades de registro (núcleos de sentido) que espelham essa categoria as frases que descreverem ou apresentarem os processos específicos de prestação de informação (por exemplo, relatórios) do instrumento de mensuração de desempenho.
7) Representar algum atributo desejado	Serão descritos como atributos aqueles apresentados na tabela 05 do referencial teórico sobre SMD. Desse modo, as frases extraídas das unidades de contexto devem ser representativas de pelo menos um desses atributos.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Com relação à regra de contagem das unidades de registro na unidade de contexto será utilizada sua presença ou ausência.

Concluir-se-á, então, que o instrumento de mensuração de desempenho do HC é um SMD, segundo a literatura de contabilidade gerencial revisada[100], caso haja para as categorias semânticas de 1) a 6) uma unidade de registro correspondente.

[100] Especificamente o trabalho de Franco-Santos, Lucianetti e Bourne (2012).

5.3.2 Estruturação da análise da segunda proposição

A segunda proposição objetiva verificar se a adesão à contratualização induz os gestores hospitalares a terem comportamentos proativos no processo de negociação de indicadores e metas para a busca do equilíbrio institucional na relação com a fonte de recursos.

Para realizar o teste dessa proposição foram analisadas as atas das reuniões trimestrais da Comissão Permanente de Acompanhamento do Contrato – CPAC, para captar os comportamentos de pactuação dos agentes envolvidos, gestores do SUS e do HC, segundo os construtos teóricos da NEI.

A Comissão avalia trimestralmente o Plano de Metas Institucional - PMI do HC. A confecção e manutenção do PMI é uma exigência da contratualização, conforme apresenta a Portaria 1.702/2004 do Ministério da Saúde. Esse instrumento de mensuração de desempenho informa os elementos (indicadores, metas e pontuação decorrente, caso a meta seja atingida) pactuados no início do ano, por meio do Plano Operativo entre os gestores locais do SUS e o HC. A Comissão após análise do PMI apresenta em suas atas: o resultado da pactuação dos elementos, o valor realizado pelo HC em cada indicador e a discussão dos membros que compõem a Comissão sobre o realizado.

Procedemos da seguinte forma para a associação entre os elementos presentes nas atas da CPAC com os construtos teóricos da NEI:

i. Segundo Brousseau, Garrouste e Raynaud (2011), as **regras formais** representam os componentes institucionais que coordenam os comportamentos dos jogadores. Especificamente, Greif e Laitin (2004) estabelecem que as regras represetam instruções comportamentias que facilitam o indivíduo com a tarefa cognitiva de escolher comportamento, pois elas definem a situação e o comportamento que estabelece coordenação. Nesse sentido, o construto **regras formais** foi considerado como indicadores, metas e pontuação pactuada entre os gestores locais do SUS e do HC, pois além de representarem componentes que coordenam os comportamentos dos agentes são elementos presentes no contrato[101] firmado entre ambos.

ii. As **regularidades ou padrões de comportamento** foram considerados como estratégias adotadas individualmente pelos agentes, gestores do HC e gestores do

[101] Segundo Aoki (2007, p. 4) os contratos são exemplos de **regras formais**.

SUS, ao longo das negociações de pactuação e da permuta nos indicadores, metas e pontuações;

iii. Conforme destaca Brousseau, Garrouste e Raynaud (2011), a **perpetuação da estrutura do jogo** permite a confirmação das **crenças**[102] dos jogadores. Dessa forma, caso seja identificado **padrão ou comportamento recorrente** dos agentes na estratégia adotada (perpetuação da estrutura do jogo, ou seja, os agentes apresentam **padrão de comportamento** coordenado), esse será considerado como representativo das **crenças compartilhadas** entre os agentes. Ou seja, o construto **crença compartilhada** será verificado de forma indireta por meio da perpetuação da estrutura do jogo, estratégia dos agentes.

iv. Consideram-se as **organizações**[103] **como elementos institucionais** que influenciam o conjunto de normas e regras "*self-enforced*[104]" no jogo em questão (GREIF e LAITIN, 2004). Apesar de representarem atores agindo ao mesmo tempo, as organizações são formadas por processos, ritos, acordos internos, que definem expectativas sobre o que deve ser feito. Um rito considerado na presente proposição do estudo são os instrumentos de mensuração de desempenho. Ao atuarem como mecanismos de redução da assimetria de informação e do conflito de agência, influenciam o conjunto de regras formais (indicadores, metas e pontuação) e a expectativa entre os agentes em relação às suas decisões e esforços colocados na execução de suas tarefas.

O teste dessa proposição visa demonstrar a dinâmica dos construtos **regra formal** ou "**regra em uso**[105]", **padrão/regularidade de comportamento** e **crença compartilhada**[106], e

---

[102] Para Greif e Kingston (2011), as crenças motivam o comportamento das pessoas, influenciando os custos e os benefícios percebidos de várias ações, incluindo expectativas sobre o comportamento dos outros. No presente estudo, consideraram-se as crenças como as estratégias adotadas por agente e, se há confirmação da existência de estratégias cooperativas (perpetuação da estrutura do jogo) nas interações entre os agentes, essas representam o construto crenças compartilhadas.

[103] Embora North (1990,1992,1993) afirme que organizações são os "jogadores" sua abordagem analisa as instituições como regras e não representa a abordagem do presente estudo que analisa as instituições como equilíbrio. Para compreender as diferenças entre essas abordagens ver tabela A.1, no apêndice do presente estudo.

[104] Ver nota de rodapé 32.

[105] Regras formais que são realmente seguidas (OSTROM, 2005). Regras em uso são as que têm propriedade de gerar padrões de comportamentos *self-enforced*, ou seja, têm a capacidade de gerar equilíbrio institucional (GREIF e KINGSTON, 2011 e KINGSTON e CABALLERO, 2009).

[106] Logo, foram analisadas as consequências na pactuação dos elementos (indicador, metas e pontuação), e não as argumentações (causa da convergência de crenças) presentes em cada um dos 50 indicadores utilizados nas avaliações trimestrais, ao longo dos 7,5 anos de contratualização do HC. Verificou-se o padrão de comportamento dos agentes capazes de gerar equilíbrio institucional o que permite a confirmação das crenças compartilhadas, conforme apresenta Brousseau, Garrouste e Raynaud (2011). Logo, não foram utilizados meios específicos para verificar as crenças compartilhadas, estrutura cognitiva compartilhada, entre os jogadores.

verificar se sofreram mediação após a implantação dos instrumentos de mensuração de desempenho no hospital.

A evidenciação desses construtos se dará pela análise da dinâmica das negociações entre os membros da CPAC e da pactuação entre os gestores locais do SUS e o HC, com relação aos indicadores, metas (quantitativas ou qualitativas) e a pontuação estabelecida para cada indicador.

Antes de se iniciar a análise propriamente dita, foram levantados os pressupostos sobre os direcionadores estratégicos (*strategic drivers*) de cada agente e suas estratégias ótimas ou dominantes.

Os *strategic drivers* dos gestores do SUS representam os objetivos da contratualização que, segundo a Portaria nº 1.702/2004, são: i) inserir a instituição de modo articulada e integrada na rede de serviços do SUS; ii) auxiliar o desenvolvimento da pesquisa, ensino e tecnologias de acordo com as necessidades do SUS e iii) qualificar a gestão hospitalar em função das necessidades da inserção do hospital na rede regionalizada e hierarquizada do SUS.

Assim, a estratégia ótima dos gestores do SUS é garantir que o HC se insira e se integre ao SUS. Para tanto, deve priorizar na pactuação os indicadores relacionados a esse objetivo. Além disso, deve visar aumentar a meta e a pontuação desses indicadores ao longo das interações ("jogos").

Os *strategic drivers* dos gestores do HC são: i) melhorar o equilíbrio orçamentário e financeiro; ii) atender aos interesses de seus diversos *stakeholders* (principalmente os internos à instituição, como os médicos[107] e pacientes); e iii) atender aos objetivos do Planejamento Estratégico.

Visto que o objetivo da pactuação de elementos (indicadores, metas e pontuação) é estipular um método avaliativo do desempenho do hospital, para que possa receber os recursos destinados a esse fim, a estratégia dominante do HC é pactuar elementos que, além de estarem aderentes às finalidades da contratualização, sejam mais propensos a serem satisfeitos pela organização, garantindo, assim, a obtenção de recursos.

Logo, a estratégia para o HC pode ser resumida nas seguintes ações: afrouxar metas; pactuar indicadores de fácil execução das metas e aumentar sua pontuação; selecionar tipo de metas mais favoráveis, como, por exemplo, trocar metas quantitativas para qualitativas.

[107] Corpo docente da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto que atua no HC.

Todas essas ações devem estar aderentes aos objetivos do programa de contratualização hospitalar, visto que se espera que os agentes, conforme destaca GREIF (2004), somente irão admitir o conjunto de crenças que sejam *self-enforcing* (ver nota de rodapé 32).

As crenças compartilhadas entre os agentes devem ser *self-enforcing*, pelos seguintes motivos: i) os jogos entre os agentes são cooperativos (há negociações realizadas entre os agentes sobre os termos de avaliação de desempenho, indicadores, metas e pontuação) repetitivos (as negociações e interações se repetem periodicamente) e de soma não zero (o que um dos agentes ganha com o jogo não se limita ao que o outro perde caso não se cumpra o contrato, ou seja, não há disputa sobre o resultado); ii) a adesão ao Convênio de contratualização é voluntária ao hospital de ensino, iii) ao atingir as metas pactuadas e receber os recursos adicionais por desempenho ocorre potencial aumento da qualidade assistencial organização hospitalar acarretando em um efeito positivo na atenção a saúde na região no qual ela atua.

Portanto, conforme os motivos apresentados acima, embora possa existir a possibilidade de se impor determinadas métricas de avaliação de desempenho por parte da Secretaria de Estado da Saúde, inclusive com o acionamento da terceira parte do contrato (Poder Judiciário) caso elas não sejam atendidas, essa conduta não representa uma estratégia dominante para os gestores do SUS.

6 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Esta seção apresenta o resultado e a análise das proposições do estudo de caso, conforme estruturadas nos procedimentos metodológicos (seção 4).

6.1 Resultados e análises da primeira proposição

Para apresentar os resultados e análises da primeira proposição, seguiu-se a estrutura apresentada na seção 4.3.1, ou seja, apresentamos inicialmente a narrativa histórica do caso, retirando evidências dos documentos apresentados na tabela 09 e as caracterizando segundo o instrumental teórico de Greif (2008).

Em seguida, demonstramos o resultado da análise de conteúdo, que visa testar se os instrumentos de mensuração de desempenho adotados pelo HC podem ser considerados SMD, segundo a literatura de contabilidade gerencial revisada.

6.1.1 Narrativa histórica

Para a compreensão da modificação do contexto gerencial do HC, de 1995 até 2012 (17 anos), foi realizada, principalmente, a revisão dos relatórios de gestão[108] de 1995-2002 e 2003-2010, correspondente ao período de gestão dos superintendentes do HC, e a revisão de normas legais[109] relacionadas à gestão hospitalar, assim como outros documentos fornecidos pelo HC. A figura 13 apresenta alguns[110] dos principais acontecimentos relacionados à gestão do HC e de seus instrumentos de mensuração de desempenho.

Após a revisão das fontes de evidência do estudo de caso verificou-se a existência de 2 (dois) momentos institucionais distintos, segundo os direcionadores do desempenho

[108] O Relatório de Gestão descreve, de forma resumida, todas as atividades exercidas durante a gestão do Superintendente do HC, indicado em listra tríplice, pelo Colegiado do Conselho Deliberativo do HC, e nomeado pelo Governador do Estado, mediante prévia aprovação da Assembléia Legislativa.

[109] As normas em ordem cronológica estão apresentadas de modo resumido na Tabela A.1, constante no Apêndice do trabalho.

[110] Maiores detalhes dos eventos relacionados à evolução da gestão do HC e de seu SMD, conforme os documentos analisados, são apresentados na Tabela A.2 do Apêndice.

institucional apresentado na figura 12. As evidências de cada momento são apresentadas e discutidas a seguir.

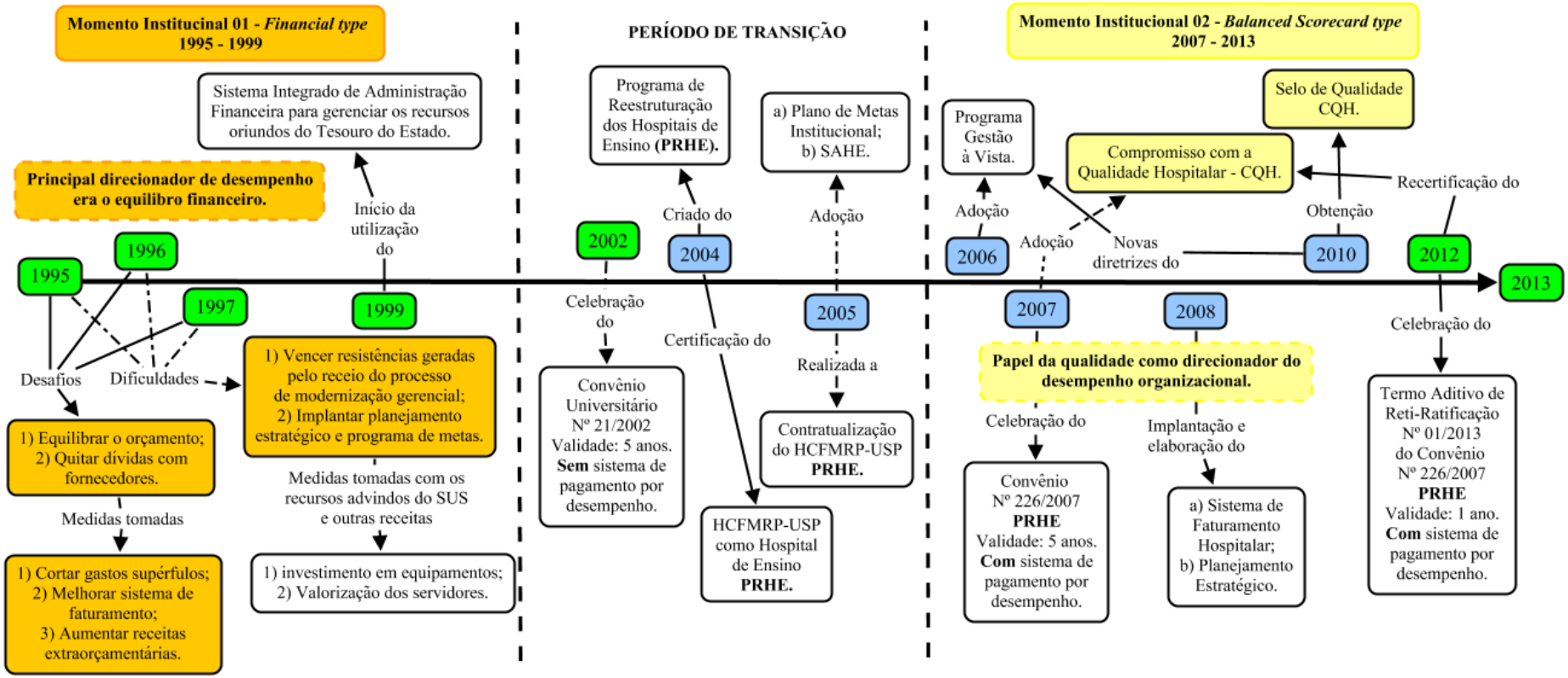


Figura 12 - Modificações no contexto gerencial do HCFMRP-USP, de acordo com os documentos analisados.
Fonte: Elaborada pelo autor.
Nota: Os anos de cor verde correspondem à gestão do Superintendente Prof. Dr. Marcos Felipe Silva de Sá, e os de cor azul à do Superintendente Prof. Dr. Milton Roberto Laprega. As caixas de diálogo na cor laranja apresentam os principais direcionadores de desempenho no início da gestão do primeiro Superintendente, e as caixas de diálogo em amarelo demonstram eventos que se tornaram os direcionadores de desempenho no mandato do segundo Superintendente.

O momento institucional 01 engloba principalmente os eventos ocorridos nos anos de 1995 a 1997. O Relatório de Gestão 1995-2002[111] apresenta a seguinte mensagem que caracteriza esse período e o início do mandato do Superintendente.

> Este livro apresenta todo um **esforço da Administração** do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, através de seu corpo clínico e de funcionários, que *resultou em* **transformações estratégicas no seu modelo gerencial**, e *provocou* **mudanças substanciais no comportamento do seu quadro funcional**, com reflexos muito positivos, no desempenho, que o colocaram entre os dez melhores do país (Prêmio Qualidade Hospitalar do Ministério da Saúde – 2001). Mais do que um Relatório de Gestão, traz propostas inovadoras e descrição dos processos introduzidos, para atender a necessidades administrativas e financeiras**, superar crises e, sobretudo, racionalizar despesas**.[...]. (HCFMRP-USP, 2002, p. 3, grifo nosso).

Sequencialmente, na seção de apresentação do documento são destacados pelo superintendente os principais desafios e dificuldades enfrentados pela gestão do hospital, as medidas tomadas para saná-las ou mitigá-las e outras decisões gerenciais.

Segundo o HCFMRP-USP (2002, p. 13), o Superintendente destaca que: "Dediquei-me, com afinco, junto com a equipe por mim formada, a árdua tarefa de, **em primeiro lugar**, equilibrar o orçamento, compatibilizando-o com as despesas e resgatar a **credibilidade** da organização junto aos seus **fornecedores** e **prestadores de serviço** [...]" (grifo nosso).

Segundo Greif (2008), a função das CEIs é orientar a conduta dos "compradores" para que sua melhor conduta *ex-post* na troca econômica seja não abandonar, isto é, cumprir a decisão contratual; para evitar a típica sanção associada às CEIs *organic private-order*, a perda de reputação.

A preocupação do Superintendente em "resgatar a credibilidade da organização" representa a preocupação do hospital em cumprir os acordos em seus relacionamentos. Segundo Greif (2008), esse tipo de preocupação indica que a sanção sobre a reputação do hospital é efetiva nos acordos, por vezes podendo superar sanções legais que sejam aplicadas em alguns acordos, como no pagamento de fornecedores.

As dívidas da organização foram sanadas em dezembro de 1997, conforme se pode constatar no trecho "[...] a dívida do HCFMRP-USP com seus fornecedores e prestadores de serviço era de R$12.102.404,00. [...] Iniciamos um processo de renegociação dos pagamentos [...] para liquidação da dívida, que foi saldada até dez./97".

---

[111] Também intitulado: "A inserção de um Hospital Universitário Público no Sistema Único de Saúde. A experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo".

As medidas tomadas pelos gestores do HC para redução das dívidas e reequilíbrio orçamentário foram:

> 1) Cortar gastos supérfluos; 2) Melhorar o sistema de faturamento dos serviços prestados ao SUS, isto é, prover o Grupo Executivo de Convênios – GECON, de meios adequados para melhorar a cobrança dos procedimentos; 3) Aumentar as receitas extraorçamentárias, utilizando nossa Fundação de Apoio-FAEPA, como fonte captadora de recursos. (HCFMRP-USP, 2002, p. 13).

Contudo, essas medidas apresentaram entraves: "[...], cujo desafio maior foi vencer dificuldades e resistências geradas pelo receio do processo de modernização gerencial [...]" (HCFMRP-USP, 2002, p. 13). Para contornar esses desafios, os recursos humanos do hospital também passaram a receber benefícios, de modo a aumentar seu desempenho, conforme apresentado no seguinte trecho do Relatório de Gestão:

> Os funcionários tiveram uma série de benefícios, como elevação no valor facial dos vales-refeição, uniformes, cestas de alimentos, prêmios-assiduidade, novos refeitórios e um grande incremento no Serviço de Assistência Médica e Social do Pessoal – SAMSP, com a implantação do Programa de Atendimento Especializado de Saúde. Enfim, criamos condições favoráveis para que todos os servidores se sentissem valorizados, aumentando sua autoestima e **melhorando o seu desempenho no trabalho**. (HCFMRP-USP, 2002, p. 13, grifo nosso).

Outro problema enfrentado pelo HC foi o controle do fluxo de pacientes. O serviço de saúde da região de atuação do Hospital apresentava, entre 1995 e 2001, problemas de organização da assistência hospitalar, conforme destacado no Relatório de Gestão: "[...] sofria o Hospital das Clínicas de uma demanda exagerada de pacientes, fruto do **descontrole da gestão do sistema SUS**" (grifo nosso). Esse problema acarretava prejuízo para a qualidade dos serviços hospitalares, potencializados pelos problemas de recursos que o hospital enfrentava (HCFMRP-USP, 2002, p.13).

Os problemas com o excesso de demanda fizeram o HC buscar maior participação no SUS, por meio de intervenções no controle do fluxo de pacientes para a organização, de modo a conciliar os interesses do SUS com os da Universidade (HCFMRP-USP, 2002, p.14).

Conforme Relatório de Gestão:

> Sentimos a necessidade de o HCFMRP-USP aumentar a sua participação no SUS através de intervenções no controle do fluxo de pacientes, consolidando, portanto, a sua inserção, procurando conciliar os interesses do SUS com aqueles da Universidade, até então completamente divorciada da realidade e da necessidade de demanda da saúde pública. Essa tarefa mostrou-se como um das mais difíceis, e realmente foi. Os passos seguintes foram dados com muitas dificuldades e exigiram exaustivas negociações internas. As resistências foram vencidas e houve o entendimento de que era necessária a organização interna da organização, de modo a adequá-la ao

> SUS, de maneira ordenada, para cumprimento de sua missão, enquanto hospital público e universitário. (HCFMRP-USP, 2002, p. 13, grifo nosso).

A busca por maior participação no SUS teve como empreendedores institucionais a alta administração do HC; contudo, conforme apresentado acima, essa busca apresentou entraves internos e fez com que o Hospital fosse um dos últimos hospitais universitários a aderir ao Convênio com o SUS (HCFMRP-USP, 2002, p. 27).

O conselho deliberativo do HC tinha receio de que a organização perdesse "autonomia" após a adesão ao Convênio (HCFMRP-USP, 2002, p.13). Segundo os administradores do HC, a transição de posturas foi caracterizada por vários problemas. Dentre eles, o Relatório de Gestão destaca que:

> Um dos [problemas] mais cruciais tem sido a **questão orçamentária**. O SUS passou a ser o **grande financiador dos HUs** e como pagador, adotando uma postura cada vez mais contundente, passou a **exigir dos HUs, planos de metas de atendimento** pactuados nos chamados convênios universitários, que **nem sempre** atendem aos **interesses da "Academia"**. Geralmente, pactua-se de acordo com a demanda da rede de saúde **mas, por outro lado, nem sempre** os HUs dispõem, para algumas áreas de demanda reprimida, condições de infraestrutura ou recursos humanos **para atender à "pressão" dos gestores da rede pública.**
> Por exemplo, nas especialidades em que o atendimento envolve procedimentos cirúrgicos, não basta abrir as portas dos ambulatórios e aumentar o número de casos atendidos. Tais atendimentos terão como desdobramentos maiores, necessidades de salas cirúrgicas, leitos, exames radiológicos, laboratoriais, etc. Para **aumentar horários cirúrgicos de uma disciplina**, deve-se acertar a **"grade horária"** de todo o conjunto, o que significa **perda para algumas outras**. Se todas reclamam por mais horários cirúrgicos, qual deve ser a priorizada? **Aquela de demanda do SUS ou aquela de interesse acadêmico?** [...]
> Esta lógica do SUS, de pagar por procedimento realizado, valorizando mais algumas especialidades, **levou à distorção nos processos administrativos hospitalares.** Houve, em um grande número de hospitais, especialmente os não universitários, apoio incondicional às especialidades ditas "mais rentáveis", com nítido prejuízo às outras "não rentáveis". Essa postura, nos hospitais universitários, **tem reflexos severos nas atividades de ensino**. (HCFMRP-USP, 2002, p. 27, grifo nosso).

O referido relatório continua a descrever a relação de agência entre os gestores do SUS e do HC, apresentando a nova postura do Hospital:

> [...] Considerando, portanto, as **duas visões** do atendimento à saúde, a do gestor **versus** a da academia, compreendemos que **a melhor alternativa seria a interação efetiva do Hospital Universitário com o Sistema Público de Saúde**, mas, com um papel mais <u>proativo</u>, de iniciativas, no sentido de atuar positivamente no sistema, **interferindo** nos processos e nas decisões **através de participação intensa** nos colegiados, como os Conselhos Municipais de Saúde e Conselhos Intergestores Regionais. (HCFMRP-USP, 2002, p. 27, grifo nosso).

A nova conduta nas relações entre o HC e os gestores locais do SUS, via participação mais efetiva do Hospital no SUS, possibilitou o aperfeiçoamento do Convênio, que para o presente estudo, representa uma CEI *designed public-order*. Esse tipo de CEI visa coordenar o comportamento dos agentes por meio de leis e regulamentos, recolhendo informações dos agentes de modo a impedir quebras contratuais (GREIF, 2008).

Após o aprimoramento, esse tipo de CEI gerou garantia na relação contratual entre os gestores locais do SUS (Principal ou contratante dos serviços públicos de saúde) e o HC (Agente ou prestador de serviços de saúde). As relações intraorganizacionais do HC também apresentaram melhoras, como se pode observar no seguinte trecho:

> Percebe-se, hoje, um maior interesse do corpo docente pela demanda da saúde pública e frequentemente nos têm sido apresentadas **propostas de soluções** e **parcerias** intermediadas por eles, diretamente com os gestores regionais ou municipais. (HCFMRP-USP, 2002, p. 28, grifo nosso).

Contudo, esse processo de inserção dos docentes no SUS demandou a atuação da gestão do HC:

> Esta **mudança no comportamento** de boa parte do **corpo docente**, com uma maior preocupação com o SUS foi resultado de **persistentes reuniões de convencimento** utilizando-se, principalmente, **dados estatísticos hospitalares** cotejados com os da rede pública. Ainda existem alguns **focos de resistência** que confundem integração com "entregação", pois ainda veem o Hospital Universitário como "ilha privilegiada" de atendimento, onde o corpo docente poderia definir a casuística e **selecionar clientela**, o que tem distorcido totalmente o processo de aprendizado dos alunos e residentes ao atenderem casos de perfil epidemiológico completamente diferente daquele que estes encontrarão nas suas clínicas, consultórios e rede pública, ou seja, uma realidade completamente divorciada do mercado de trabalho. (HCFMRP-USP, 2002, p. 28, grifo nosso).

A figura 13 ilustra dois ambientes de relações de agência nos quais os Gestores do HC atuam e o terceiro ambiente, representado pela FMRP, que influencia na indicação do Superintendente e nos docentes que atuam no segundo ambiente.

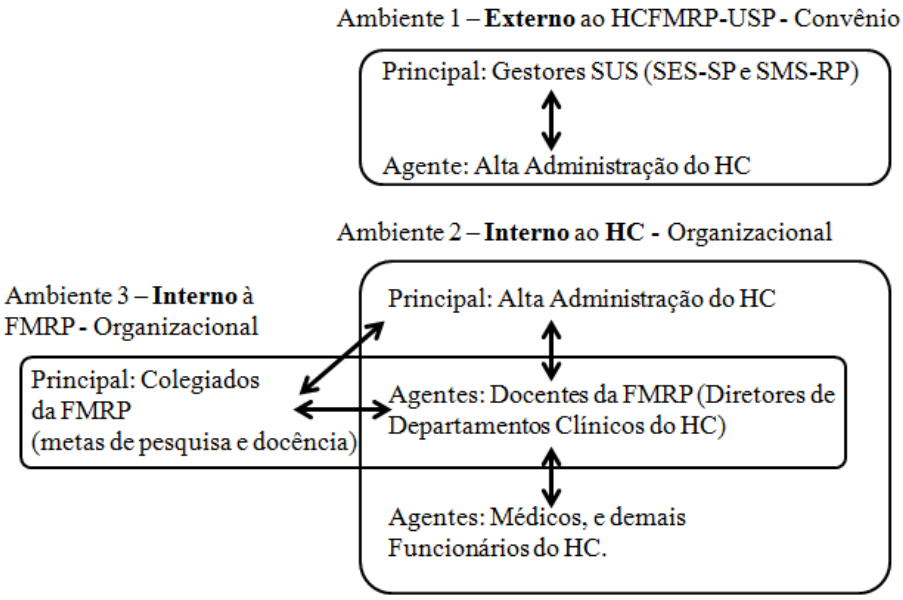


Figura 13 - Relação Principal-Agente nos três ambientes que influenciam a dinâmica organizacional do HC.
Fonte: Elaborada pelo autor.

No primeiro ambiente, o Principal é representado pelos Gestores locais do SUS, que são responsáveis por prestar[112] os serviços de atendimento à saúde da população, de acordo com sua demanda; por sua vez, os Gestores do HC, por meio do Convênio Universitário, representam o Agente dessa relação, pois recebem a delegação de serviço dos Gestores do SUS e firmaram Convênio de Assistência Integral à Saúde com a SES-SP.

No segundo ambiente, interno ao HC, os Gestores do hospital representam o Principal, tendo como objetivos garantir o equilíbrio orçamentário e apresentar as demandas relacionadas ao Convênio Universitário, aos seus funcionários e outros *stakeholders*. Os Agentes, nessa relação, são os funcionários do HC, funcionários da FAEPA[113], e outros *stakeholders* que têm como direcionadores, por exemplo, garantir as atividades didáticas (necessitando de demanda específica de pacientes); receber pagamento tempestivo pelos produtos ou serviços prestados ao HC, no caso dos fornecedores; e receber ensino e capacitação profissional adequada, no caso dos alunos de graduação dos diversos cursos que atuam no HC.

O terceiro ambiente influencia a dinâmica do HC, pois os docentes que atuam na FMRP eleitos para compor o Colegiado do Conselho Deliberativo do HC podem interferir na composição dos membros da alta administração do hospital, como também, de forma geral, são parte do Agente, na relação de agência, que atua no segundo ambiente.

---

[112] Artigo 30, inciso VII, da Constituição Federal de 1988.

[113] Em 1993, o Hospital das Clínicas estabeleceu convênio com a Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA) com o objetivo de obter auxílio no gerenciamento de recursos e elaboração de projetos para melhoria dos serviços prestados. A partir disso, a FAEPA passou a processar o faturamento dos serviços médico-hospitalares prestados pelo HCFMRP e realizar o seu gerenciamento financeiro (FAEPA, 2011).

A figura 14 ilustra a atuação do Colegiado do Conselho Deliberativo do HC e o papel preponderante dos Docentes da FMRP.

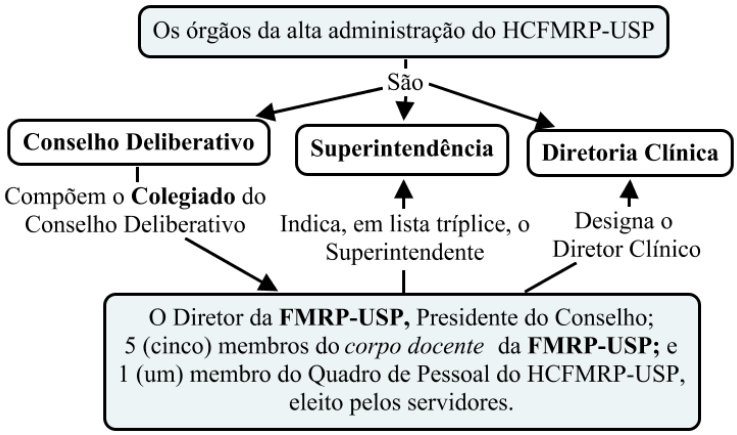


Figura 14- Atuação do Colegiado do Conselho Deliberativo.
Fonte: Elaborada pelo autor conforme Regimento Interno do HC.

Com relação ao primeiro ambiente, o Relatório de Gestão apresenta nos seguintes trechos o conflito de agência existente:

> A inserção dos Hospitais Universitários (HU's) no Sistema Único de Saúde – SUS tem se constituído num grande desafio para os seus administradores. Torna-se uma tarefa extremamente árdua conciliar de um lado os **interesses do SUS,** representado pela demanda de pacientes com complexidade de nível terciário, e, do outro, os **interesses da Universidade** que, visando ao ensino de graduação da Medicina nos seus aspectos básicos, reside em trocar a clientela, absorvendo casos de baixa complexidade em detrimento de atendimentos terciários (HCFMRP-USP, 2002, p. 29, grifo nosso).
> O resultado deste descompasso é a desorganização do fluxo de pacientes e a desconfiança mútua. De um lado, os **gestores do SUS** acusando os Hospitais Universitários de perdulários e, do outro, **a Universidade** acusando os gestores do SUS de ingerência nas suas atividades, provocando o "desmanche" dos Hospitais Universitários (HCFMRP-USP, 2002, p. 29, grifo nosso).

Segundo o Relatório de Gestão (2002), "A falta de um melhor entrosamento entre os gestores do SUS e os dos HUs tem dificultado o diálogo e a consequente solução do problema." A principal questão assistencial passa pela assimetria de informação existente entre os Gestores do SUS e os Gestores do HC sobre o perfil de epidemiologia da região de saúde, como se pode perceber:

> Por não ter **controle do fluxo** de pacientes que procuram os HUs, os gestores não têm noção do **perfil epidemiológico** da cidade ou região sob sua responsabilidade. Sem este perfil é impossível traçar políticas públicas de saúde procurando **criar** ou **incrementar** serviços para atender à demanda do SUS. Assim, a procura espontânea do HU pelo paciente, sem uma prévia avaliação pela rede básica, provoca um excesso de demanda nos serviços universitários (HCFMRP-USP, 2002, p. 29, grifo nosso).
> Como resultado, temos longas filas às portas dos HUs à espera de uma vaga para consulta. Pacientes de baixa complexidade disputando vagas com pacientes de alta complexidade (HCFMRP-USP, 2002, p. 30).

No segundo ambiente de relação de agência, é destacado o conflito de agência abaixo:

> Entre a "cruz e a caldeirinha" está o **Diretor do Hospital Universitário**, pois pressionado por quem paga a conta para atender a sua demanda, no caso o SUS, se vê às voltas com **o corpo docente** que rejeita que lhe seja imposta uma clientela não selecionada por ele e que ainda insiste para que o Hospital Universitário possa se dar ao luxo de selecionar pacientes, exclusivamente, para suas atividades didáticas, rejeitando da rede os casos desinteressantes ao ensino. (HCFMRP-USP, 2002, p. 29, grifo nosso).

Como solução para os conflitos de agência, os Gestores do HC tomaram medidas para melhorar o diálogo com os Gestores do SUS. Foi organizada a distribuição de competência para o agendamento dos pacientes encaminhados ao HC, além da criação de *software* específico para o sistema de agendamento entre as Direções Regionais de Saúde[114] – DIRs. O trecho a seguir detalha esses acontecimentos:

> Frente a este modelo, entendeu-se a necessidade premente de uma solução embasada no **entendimento** entre o HC e os gestores regionais e municipais da Saúde. (HCFMRP-USP, 2002, p. 30, grifo nosso).
> Em primeiro lugar foi feito um trabalho intenso de conscientização de nosso corpo clínico, aí incluídos docentes da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP-USP, médicos assistenciais e residentes do HCFMRP-USP, sobre a necessidade de mudança de postura frente à nova sistemática do SUS, pois não seria possível manter aquela situação por muito tempo. Teríamos que adequar o fluxo de pacientes para **manter a qualidade** do serviço e **racionalizar o uso dos recursos para sustentabilidade da instituição**: ou aderíamos por inteiro ao sistema ou ficaríamos à deriva. (HCFMRP-USP, 2002, p. 30, grifo nosso).
> Fizemos uma proposta de descentralização do agendamento dos pacientes novos para consultas eletivas. [...]. A proposta consistiu em delegar às Direções Regionais de Saúde (DIRs) o agendamento dos novos pacientes. Fizemos um levantamento do número de vagas que cada ambulatório especializado poderia oferecer à rede, por ano. (HCFMRP-USP, 2002, p. 31, grifo nosso).
> [...] houve o **trabalho de convencimento** para que as disciplinas necessariamente transferissem o agendamento para terceiros (fora da Universidade). Essas vagas foram **pactuadas** com a DIRs. Baseado em um **levantamento histórico**, dos últimos cinco anos, sobre a procedência de nossos pacientes, cada DIR recebeu uma cota percentual das vagas para agendar ao longo do ano. (HCFMRP-USP, 2002, p. 31, grifo nosso).
> Foi desenvolvido pelos profissionais da Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo – PRODESP, lotados no HC, um *software* específico para este sistema [...]. (HCFMRP-USP, 2002, p. 31).

A partir das análises acima e das informações presentes no Regimento Interno do HC, verificou-se que no segundo ambiente de relação de agência, o Principal (Administração Superior do HC) é composto de dois grupos de interesse, conforme apresentado na figura 15. Esses dois grupos podem ser representados por órgãos da Administração Superior[115] do HC,

---

[114] As cinco regionais de maior demanda (responsáveis por 90% do movimento) são as de Ribeirão Preto, Franca, Araraquara, São João da Boa Vista e Barretos (HCFMRP-USP, 2002).

[115] A descrição dos membros de cada órgão da Administração Superior e as atribuições dos órgãos, segundo o

que seguem objetivos parcialmente distintos quando se analisa as diretrizes estabelecidas pelos Ministérios (Saúde e Educação).

Por exemplo, a Superintendência do HC responsável por assinar convênios com os gestores locais do SUS deve prestar contas das obrigações pactuadas, principalmente relacionadas à ampliação da inserção do hospital no SUS. Por sua vez, o Corpo Docente da FMRP membro da Administração Superior do HC defendem o interesse acadêmico (ensino e pesquisa) o que restringe a inserção do hospital no SUS, uma vez que, em algumas atividades de ensino há a necessidade de seleção de casos clínicos.

---

regimento interno do hospital, são apresentadas nas figuras A.1 e A.2, no apêndice do presente trabalho.

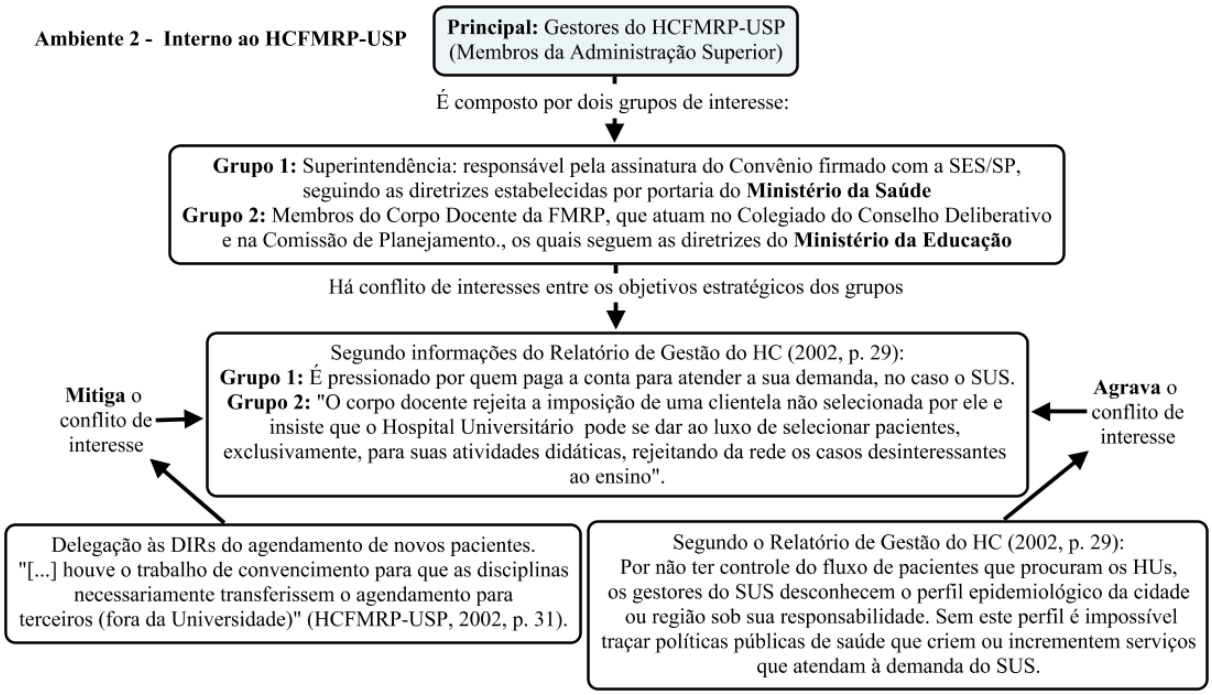


Figura 15 – Grupos de interesse que compõem o Principal (Administração Superior do HC)
Fonte: Elaborada pelo autor.
Nota: A divisão e as atribuições da *Administração Superior do HC*, segundo seu regimento interno, são apresentadas nas figuras A.1 e A.2, no Apêndice.

Apesar dos avanços das relações entre os Gestores do SUS e os do HC, ainda existem problemas a serem mitigados, conforme apresenta o Relatório de Gestão (2002):

> [...] um problema que ainda precisa ser equacionado é o fato do Hospital Universitário não utilizar sistematicamente as contrarreferências. Mesmo casos considerados resolvidos são "retidos" cronicamente no HU, por várias razões: a) a rede básica não "absorve" a contrarreferência; b) os programas de ensino e os projetos de pesquisa fazem com que o paciente tenha mais retornos que o necessário; c) ainda não há "confiabilidade" dos médicos e pacientes do HU em relação à rede básica e, portanto, os retornos são mantidos no próprio HU (HCFMRP-USP, 2002, p. 32).

Além dos problemas de contrarreferência, os administradores do HC destacam no Relatório de Gestão a necessidade de maiores Recursos para os hospitais universitários:

> [...] os Hospitais Universitários têm se constituído os melhores parceiros para o SUS não só no sentido de resolutividade dos casos de alta complexidade mas, também, muitas vezes, para aqueles de baixa e média complexidade. É preciso que haja explicitamente este reconhecimento por parte dos gestores, através do **ajuste de recursos,** para que os HUs possam dar cabo da sua missão [...] (HCFMRP-USP, 2002, p. 32, grifo nosso).

O evento que marcou o início do segundo momento institucional do HC foi sua contratualização. A contratualização, iniciada em 2005, possibilitou que a rede de saúde

regional diminuisse os problemas de referência e contrarreferência e auxiliou o Hospital na consolidação de seu ajuste financeiro.

A substituição do Convênio Universitário pelo Convênio nº 226/2007, que ratifica a adesão do HC ao PRHE, permitiu o aprimoramento da CEI *designed public-order* (Convênio) e a estruturação inicial de CEI *designed private-order* (instrumentos de mensuração de desempenho).

Segundo Greif (2008), a eficácia da CEI *designed public-order* é o fato de contarem com a autoridade do Estado e poderem empregar o poder coercitivo para punir infrações, requerer auditorias e requisição para revelar informações. A tabela 13 apresenta os termos contratuais do Convênio nº 226/2007, equivalentes aos preconizados por Greif (2008) como sendo os atributos das CEI eficazes.

Tabela 13 - Elementos da CEI *designed public-order* eficaz e associação com as cláusulas contratuais

Elementos da CEI *designed public-order* eficaz	**Termos contratuais do Convênio nº 226/2007**	
	Cláusula e Parágrafo	**Trecho do texto do Convênio**
Poder de punir infrações	Cláusula décima segunda Caput e parágrafos 1º ao 4º	A inobservância, pelo HCFMRP-USP, de cláusula ou obrigação constante deste convênio, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a SES-SP, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 81, 86, 87 e 88 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores [...], ou seja: a) Adverência; b) Suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de conveniar com a Administração por prazo não superior a 2 (dois) anos; c) Declaração de inidoneidade para licitar ou conveniar com a Administração [...]. d) Multa [...].
Poder de requerer auditorias	Cláusula décima primeira Caput e parágrafos 1º e 2º	A execução do presente convênio será avaliada pelos órgãos competentes do SUS, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste convênio, a verificação do movimento das internações e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados. § 1º - Poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada; § 2º - Anualmente, a SES-SP vistoriará as instalações do HCFMRP-USP para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas [...].
Poder de requisitar informações	Cláusula décima primeira parágrafo 5º.	§ 5º - O HCFMRP-USP facilitará, à SES-SP, o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da SES-SP designados para tal fim.

Fonte: Elaborada pelo auto com base no Convênio nº 226/2007.

O Convênio nº 226/2007 também estabeleceu que parte dos recursos destinados ao HC estivesse atrelada ao cumprimento de metas em indicadores de desempenho pactuados com a SES-SP. Essa vinculação possibilitou a formação de estruturas iniciais de *CEI designed private-order* intraorganizacionais para aumentar a probabilidade do HC atingir as metas e garantir a obtenção dos recursos.

Os instrumentos de mensuração de desempenho adotados pelo HC, a partir de sua contratualização, como o PGV e o CQH, são considerados neste estudo *CEIs designed private-order*. Segundo Greif (2008), essas CEIs são intencionalmente criadas pelos agentes econômicos em resposta a oportunidades de ganhos decorrentes da melhor execução dos contratos e visam melhorar a estrutura informacional, proporcionando coordenação e alteração na interação estratégica entre os agentes.

Por essas CEIs serem intraorganizacionais e estarem vinculadas a estrutura pública, não apresentam todos os atributos descritos por Greif (2008). Por exemplo, elas não têm capacidade de realizar ameaças (sanções econômicas) aos agentes pela redução no desempenho organizacional, embora apresentem regras explícitas de operação. Essas CEIs também não intermedeiam as relações entre Principal e Agente dentro da organização, apesar

de intermediarem as informações e auxiliarem na redução da assimetria informacional e do conflito de agência.

A figura 16 apresenta o resultado da associação entre os instrumentos de mensuração de desempenho e as CEIs após a contratualização do HC.

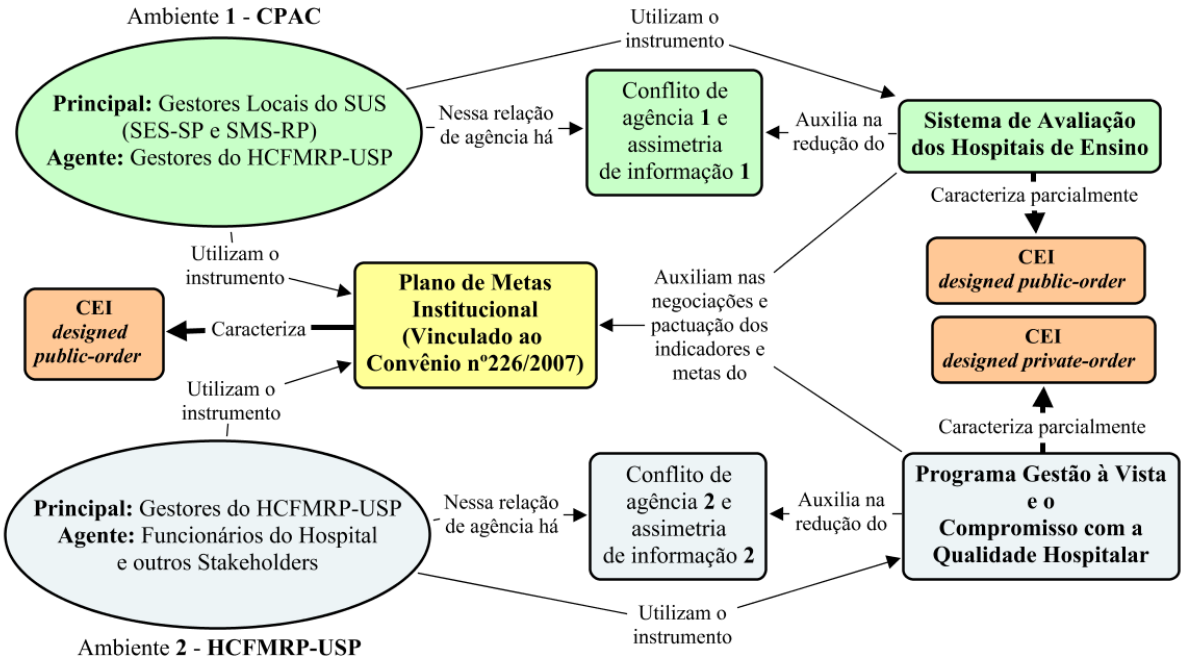


Figura 16 - Relação Principal-Agente nos dois ambientes nos quais atua o HC e o papel dos instrumentos de mensuração do HC adotados após a contratualização.
Fonte: Elaborada pelo autor.
Nota: Primeiramente inicie a leitura pelas caixas de texto de cor verde, iniciando da caixa de texto que está *abaixo* do texto "Ambiente **1 – CAPC**" seguindo as setas até o final (caixa de texto de cor amarela); posteriormente faça o mesmo para as caixas de texto de cor azul-claro iniciando pela caixa de texto que se encontra *acima* do texto "Ambiente **2 – HCFMRP**". Finalmente percorra as caixas de texto pelas linhas grossas, partindo das caixas que representam a origem das setas.

Apesar de o ambiente 2, interno ao HC, utilizar instrumentos de mensuração de desempenho para mitigar os problemas de conflito de agência e assimetria de informação, o fato de o Principal ser formado por dois grupos de interesse (figura 15) influencia a pactuação e negociação de metas quantitativas do PMI.

O Grupo 2 composto pelos docentes[116] representante da alta administração do HC, conforme apresentado na figura 15, além de outros docentes que são responsáveis por unidades clínicas da instituição, são resistentes a implantação de indicadores de desempenho com natureza de meta quantitativa utilizados pelos instrumentos de mensuração de desempenho. Evidência da resistência de parte do corpo clínico pode ser observada na

[116] Segundo Abernethy e Vagnoni (2004) o poder de médicos nos hospitais é representado por sua influência nas decisões de nível estratégico, por exemplo: investimento em tecnologia, determinação de privilégios clínicos dentro do hospital, a alocação de sessões clínicas entre programas clínicos, macro decisões sobre as práticas clínicas e políticas.

dificuldade de implantação do PGV[117] na organização ao longo dos anos, conforme pode observar por meio do seguinte trecho retirado do artigo "O Programa Gestão à Vista no processo de melhoria contínua" da Revista Qualidade HC:

> Ainda é novo o trabalho voltado para o cumprimento de metas nas Instituições e, neste HCFMRP-USP, não foi diferente. Esta nova metodologia de gerenciamento causou, no início, **angústia** e **resistência** nas equipes, pois experimentavam o trabalho com números: o que medir, o que mostrar, como coletar os dados, etc. Hoje estas dificuldades **estão menores**, prova disto é que se observarmos o indicador de qualidade deste Grupo de Avaliação de Desempenho, podemos verificar que o uso de indicadores e metas trouxe entusiasmo a outros colaboradores que até então **permaneciam indiferentes ao programa** e agora são participantes ativos. (GERONIMO *et al.*, 2010, grifo nosso).

O PGV representa instrumento de controle gerencial que têm indicadores de desempenho alinhados aos indicadores do PMI. Logo, a dificuldade de aceitação do PGV em algumas unidades do HC dificulta a pactuação e estipulação de metas nos indicadores institucionais pertencentes ao PMI. Como alternativa para minimizar essa dificuldade o HC adotou a estratégia de pactuar, no PMI, indicadores preferencialmente de metas qualitativas que são de interesse dos Grupos 1 e 2, que compõem o Principal que atua no ambiente interno.

6.1.2 Resultado da análise dos instrumentos de mensuração de desempenho

As tabelas a seguir apresentam o resultado da análise de conteúdo no *corpus* dos documentos, para verificar se os instrumentos de mensuração de desempenho do HC podem ser considerados Sistemas de Contabilidade Gerencial, segundo a literatura de contabilidade gerencial revisada.

As tabelas 14 a 17 apresentam, para cada um dos instrumentos de mensuração de desempenho do HC (PMI, SAHE, PGV e CQH), a associação entre a categoria semântica apresentada na metodologia (seção 4.3.1) e a unidade de registro correspondente à categoria e à fonte de evidência ou unidade de contexto da qual foi extraída a unidade de registro.

[117] O PGV foi proposto pela Superintendência do HC em 2006 e implantado em 2007. A Superintendência representa o grupo 1 que compõe o Principal da relação de agência intra-organizacional.

Tabela 14 - Categoria semântica, fonte da evidência e unidade de registro (evidência) relacionada ao PMI

Categoria semântica	Unidade de registro // Evidência	Fonte da Evidência
1) Medidas financeiras e não financeiras	1) O indicador de Gestão Hospitalar denominado "Relatório de Custos e Faturamento" tem meta qualitativa, ou seja o HC deve, como uma de suas obrigações para obter a pontuação desse indicador, apresentar esse relatório cuja finalidade é, segundo o HCFMRP-USP (2006), divulgar que a Instituição controla os custos e demonstra seu faturamento SUS; logo, assevera-se que nele há indicadores financeiros. 2) Para evidenciar o uso de indicadores não financeiros utilizou-se como exemplo o indicador de Atenção à Saúde denominado "Média Mensal de Atendimento Médico Agendado por Consultório", que mensura a taxa de utilização das salas.	1) Fonte da evidências do Indicador financeiro: Relatório de Atividades do HC de 2006, página 15. 2) Fonte da evidências do Indicador não financeiro: Relatório de Atividades do HC de 2006, página 13.
2) Objetivos estratégicos da organização	A finalidade das duas evidências é demonstrar que há associação entre o Planejamento Estratégico (PE) do HC e os indicadores do Plano de Metas Institucional. Dessa forma, a primeira evidência apresenta um dos objetivos estratégicos do PE e a segunda evidência um dos indicadores do PMI vinculados ao objetivo estratégico. 1) Objetivo estratégico delineado e a ação estratégica associada: "Fortalecer canais de comunicação com pacientes por meio de ações da ouvidoria como ferramenta de gestão: gerar relatórios gerenciais com indicadores estratificados por áreas e tipos de notificações. Apresentar modelo de relatório para HC – Campus e Unidade de Emergência e implementar reuniões de análise crítica." 2) Representa um dos requisitos do PMI o HC satisfazer as exigências do indicador de Comunidade e Humanização denominado: "Apresentar Relatório de Análise Crítica por área da Ouvidoria".	1) Fonte da evidência do objetivo e das ações estratégicas do Planejamento Estratégico: Relatório de Gestão 2003 a 2010, página16. 2) Fonte da evidência do indicador de desempenho do PMI associado a esse objetivo estratégico: Relatório de Atividades do HC de 2010, página 41.
3) Fins informacionais	1) Unidade de Registro: "O programa de metas institucional e os indicadores e metas setoriais **trazem clareza e transparência** aos processos, possibilitando através da mensuração das atividades um **entendimento** amplo dos processos, demonstrando que análise de desempenho é uma poderosa ferramenta para o direcionamento da gestão administrativa das unidades." (grifo nosso).	1) Fonte da evidência sobre a finalidade: Relatório de Atividades do HC de 2009, página39.
4) Fins motivacionais	1) O PMI está vinculado ao processo de contratualização do HC via PRHE. O Programa vincula parte do recurso, destinado ao HC, ao cumprimento de metas de desempenho. Essa vinculação motiva a busca de meios para atingir as metas pactuadas. Por exemplo: a criação de comissão interna de acompanhamento do Convênio que tem a finalidade de apresentar, discutir, analisar e apontar soluções técnicas para os problemas e assuntos relacionados aos indicadores e metas, assim como manter contato com as demais unidades.	1) Relatório de Gestão 2003 a 2010, página16.
5) Infraestrutura informatizada	1) Antes da implantação do PMI, alguns indicadores que o compõem (por exemplo, taxa de ocupação operacional dos leitos, média de permanência, exames laboratoriais realizados) já eram mensurados pelo HC. Como o PMI representa um conjunto específico de indicadores avaliados pelas comissões interna e externa (CPAC), o HC, ao pactuar os indicadores do PMI, continuou utilizando a infraestrutura informatizada anterior, incorporando àquela apenas os novos indicadores. 2) Evidência de estrutura informatizada: "Em maio de 2006 o HCFMRP-USP concretizou a implantação de um sistema integrado de informação hospitalar que, além da integração, fator primordial para melhoria da qualidade da informação e processos culminou com o término do contrato (de mais de vinte anos) de prestação de serviços de informática com a Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo"	1) Fonte da evidência de utilização de indicadores de desempenho anteriores à adoção do PMI: Relatório de Atividades do HC de 2002. 2) Fonte da evidência de existência de infraestrutura informatizada: Relatório de Atividades do HC de 2006, página 44.

Categoria semântica	Evidência	Fonte da Evidência
6) Processos específicos de prestação de informações	1) Segundo o Relatório de Atividades: "Para o **acompanhamento** e **avaliação** das metas foram criadas duas Comissões, uma interna - "Equipe Técnica", composta por funcionários de diversas áreas do Hospital, que se reúnem mensalmente, com a finalidade de **apresentar**, **discutir**, **analisar** e **apontar soluções técnicas** para os problemas e assuntos relacionados aos indicadores e metas, assim como manter contato com as unidades, quando necessário. A outra, denominada Comissão Permanente de Acompanhamento do Contrato HCFMRP-USP X SUS (CPAC) se reúne trimestralmente para **análise** do desempenho hospitalar, segundo os indicadores e metas [...]" (grifo nosso). Dado o exposto, pode-se constatar que há processo específico de acompanhamento e análise das informações dos indicadores que compõem o PMI.	1) Fonte da evidência dos processos de prestação da informação: Relatório de Atividades do HC de 2009, página 39.
7) Representar algum atributo desejado	O atributo "dimensão", proposto por Otley (1987) anuncia que os indicadores utilizados em um SMD não devem ficar restritos aos financeiros, mas também devem incorporar indicadores não financeiros. Nesse sentido, constata-se que o atributo tem requisitos iguais aos da Categoria semântica 1; logo, considera-se que o PMI satisfaz esse atributo. 1) Moon e Fitzgerald (1996) definem o atributo "medir a coisa certa" como representando a capacidade que a organização tem de traduzir a estratégia para medidas de desempenho bem compreendidas, não restritas a medidas financeiras, e claramente comunicadas por toda a organização. Com relação à tradução da estratégia da organização, pode-se constatar que, de acordo com a unidade de registro apresentada na categoria semântica 2, há associação entre PE e os indicadores do PMI. Quanto ao critério de disseminação do PMI, pode-se constatá-la pela seguinte unidade de registro: "O Hospital das Clínicas vem procurando modernizar o seu modelo de gestão, tendo como diretriz a melhoria contínua [...]. Nesse contexto, foi **fortalecida junto a todas as unidades do Hospital**, a definição dos indicadores e metas setorial e institucional. Esta nova metodologia de trabalho evidenciou e vem **gradativamente sendo disseminada aos diversos administradores das unidades** para uma gestão baseada e fundamentada por ferramentas de gestão" (grifo nosso). O PMI também apresenta os atributos descritos por Perego e Hartmann (2009) denominados de verificabilidade e congruência. Os autores argumentam que, quanto maior o grau de verificabilidade, maior é a confiança nos indicadores para fins de contratualização. Logo, evidencia-se essa realidade nos indicadores do PMI, pois esses são pactuados entre os gestores locais do SUS e o HC. A congruência para Perego e Hartmann (2009), refere-se à capacidade do SMD refletir prioridades da empresa e auxiliar na alocação de ações estratégicas. Assim, como as metas dos indicadores do PMI são vinculadas a parte dos recursos financeiros destinados ao HC, refletem prioridades da empresa e são foco de ações estratégicas que auxiliem na realização das metas.	1) Fonte da evidência dos atributos: Relatório de Atividades do HC de 2010, página 40.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Conclusão

Tabela 15 - Categoria semântica, fonte da evidência e unidade de registro (evidência) relacionada ao SAHE

Categoria semântica	Evidência	Fonte da Evidência
1) Medidas financeiras e não financeiras	Conforme apresentado na descrição do caso, o SAHE foi criado para acompanhar não somente os Planos Operativos dos hospitais contratualizados, mas também um conjunto maior de indicadores, possibilitando seu uso como ferramenta de *benchmarking* entre seus participantes. 1) Dentre os indicadores não financeiros estão, por exemplo, o registro do número de cirurgias ambulatoriais e não ambulatoriais, e o registro do número de medicamentos de alto custo disponíveis para dispensação. 2) Com relação aos indicadores financeiros há, por exemplo: despesa com contratos (terceirizados e pessoa jurídica) - assistência com médicos terceirizados (valor em R$); valor do repasse SUS.	1) Endereço eletrônico: http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/
2) Objetivos estratégicos da organização	Para se demonstrar a associação de indicadores que compõem o SAHE com os objetivos estratégicos do HC foram utilizadas duas evidências. A primeira representa o objetivo do PE e a segunda o indicador do SAHE associado a esse objetivo. 1) O PE de 2009 tinha por objetivo "Estimular a atuação multiprofissional". A ação estratégia a ele vinculada visava "Integrar programas de ensino no hospital: residência médica, programas de aprimoramento, implantação de programas de residência multiprofissional, graduação". 2) Dentre os indicadores constantes no SAHE relacionados a esse objetivo e ação podem ser destacados: "número total de residentes; carga horária anual dos residentes; número de programas de residência; número de estagiários na área de medicina com programa igual ao do médico residente; frequência de reuniões para discussão de casos clínicos ou de temas teóricos; Frequência de reuniões anatomo-clínicas com a presença de outras especialidades afins (ex: radiologia, anestesiologia, etc)". Esses indicadores do SAHE estão alinhados aos objetivos do PE, por auxiliarem sua realização.	1) Fonte da evidência do objetivo e das ações estratégicas do PE: Relatório de Gestão 2003 a 2010, página16. 2) Endereço eletrônico: http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/
3) Fins informacionais	1) Evidência da finalidade informacional: "Anualmente, a Secretaria de Estado da Saúde encaminha aos hospitais um documento com a síntese geral das informações preenchidas no SAHE [...]. Apresenta ainda os 22 indicadores [...] **relevantes para** o estabelecimento de metas e parâmetros que orientem ações a longo prazo, bem como comparações intra e interunidades" (grifo nosso).	1) Relatório de Gestão 2003 a 2010, página 23.
4) Fins motivacionais	Sem evidências. Pode-se inferir que o motivo pelo qual não foi encontrada evidência deve-se ao fato de o SAHE ter sido elaborado pela SES-SP para acompanhamento dos hospitais contratualizados e não estar vinculado a incentivos financeiros, sendo utilizado apenas para fins gerenciais comparativos (análise de *benchmarking*).	NA
5) Infraestrutura informatizada	1) Evidência de estrutura informatizada: "A Secretaria de Estado da Saúde, através da Coordenadoria de Planejamento da Saúde – CPS **desenvolveu um sistema**, em 2005, com o objetivo de **coletar eletronicamente** dados mensais e anuais contratualizados do Estado de São Paulo. Desde 2005, o Grupo de Avaliação de Desempenho é responsável pela inserção de informações mensais e anuais no sistema da Secretaria" (grifo nosso).	1) Relatório de Gestão 2003 a 2010, página 23.
6) Processos específicos de prestação de informações	1) Evidência de que há utilização de processo específico para prestar informação: "Anualmente, a Secretaria de Estado da Saúde encaminha aos hospitais um **documento com a síntese geral das informações preenchidas no SAHE e individualizadas por hospital e análise de dados de indicadores hospitalares** [...]" (grifo nosso).	1) Relatório de Gestão 2003 a 2010, página 23.

Continua

Categoria semântica	Evidência	Fonte da Evidência
7) Representar algum atributo desejado	1) Posto que o atributo "dimensão", descrito por Otley (1987), implica que o SMD deve utilizar indicadores financeiros e não financeiros e que há unidades que registro associadas à categoria semântica 1, pode-se concluir que o SAHE apresenta o atributo "dimensão". Moon e Fitzgerald (1996) destacam que o atributo "*Benchmarking* interno" está relacionado à capacidade do SMD em estabelecer um conjunto de padrões que todo departamento ou unidade deve satisfazer para fins de comparações e como meio de garantir a qualidade dos serviços. São evidências desse atributo: 2) "O HC utiliza como referencial comparativo para avaliação de seu desempenho o Sistema de Avaliação de Hospitais de Ensino –SAHE da SES-SP [...]" 3) "Anualmente, a Secretaria de Estado da Saúde encaminha aos hospitais um documento com a síntese geral das informações preenchidas no SAHE [...]. Apresenta ainda os 22 indicadores [...] relevantes para o estabelecimento de metas e parâmetros que orientem ações a longo prazo, **bem como comparações intra e interunidades**" (grifo nosso).	1) Endereço eletrônico: http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/ 2) Fonte da evidência dos atributos: Relatório de Atividades do HC de 2010, página 40. 3) Relatório de Gestão 2003 a 2010, página 23.

Fonte: Elaborada pelo autor. NA – Não Há

Conclusão

Tabela 16 - Categoria semântica, fonte da evidência e unidade de registro (evidência) relacionada ao PGV

Categoria semântica	Evidência	Fonte da Evidência
1) Medidas financeiras e não financeiras	1) Exemplos de indicadores não financeiros utilizados pelo PGV: "Número de notificações sobre eventos adversos e riscos assistenciais recebidas pelo Gerenciamento de Risco por mês; Incidência de Flebite em pacientes internados no Campus e U.E.; Total de itens esterilizados mensalmente" 2) Exemplos de Indicadores financeiros utilizados: "Percentual de variação de preços no período" utilizado pela Divisão de Material; "Valor médio da autorização de internação hospitalar - AIH por especialidade (Cirúrgica; Clínica; Pediátrica; Obstétrica; Psiquiátrica)" e "Percentual de Faturamento do Ambulatório de Média e Alta Complexidade" utilizado pelo Grupo executivo de Convênio – GECON.	Notas da observação em campo. Planilha com a lista dos indicadores do PGV. Vide Tabela A.5 no Apêndice.
2) Objetivos estratégicos da organização	1) Objetivo e ação estratégica selecionados: "Na categoria de Gestão Hospitalar, perspectiva de suprimentos, o objetivo estratégico é otimizar o processo de compra" 2) O Indicador de desempenho deve refletir ou auxiliar a execução do objetivo estratégico. Nesse sentido, a Divisão de Material do HC utiliza os seguintes indicadores do PGV que refletem a otimização no processo de compra: "Percentual de itens de estoque em falta; Percentual de resolutividade das faltas; Percentual de entregas com atraso; Índice de avaliação de desempenho de fornecedores". 3) Se há indicadores do PMI que auxiliam a execução de objetivos estratégicos do PE e se os indicadores do PGV estão alinhados aos do PMI, logo os indicadores do PGV também auxiliam na execução do PE. A unidade de registro a seguir evidencia o alinhamento: "O Programa Gestão à Vista iniciado em 2007 tem como objetivo a criação de indicadores de desempenho para o acompanhamento das atividades de todas as Unidades do Hospital. O **alinhamento** destes indicadores ao Plano de Metas institucional gera uma cultura de informação gerencial que possibilita a melhoria contínua através da análise dos resultados" (grifo nosso).	1) Fonte da evidência do objetivo e das ações estratégicas do PE: Relatório de Gestão 2003 a 2010, página16. 2) Fonte da evidência do indicador de desempenho do PMI associado a esse objetivo estratégico: Relatório de Atividades do HC de 2010, página 41. 3) Fonte: Relatório de Atividades do HC de 2007, página 37.
3) Fins informacionais	1) Ao longo da descrição do Programa Gestão à Vista, foi retirada a seguinte unidade de registro: "O sucesso deste modelo de Gestão é o trabalho alinhado, o monitoramento e o foco nos resultados. **O uso de indicadores de desempenho é uma das grandes ferramentas administrativas que apoiam de forma concreta o processo decisório da Instituição**." (grifo nosso). Logo, se os indicadores do PGV apoiam o processo decisório, é porque são relevantes e, dessa forma, têm fins informacionais.	1) Fonte: Relatório de Atividades do HC de 2007, página 37.
4) Fins motivacionais	1)Unidade de Registro: "Seu objetivo é compartilhar informações e soluções por meio do estabelecimento de metas, como uma **forma de estimular uma gestão transparente e participativa**, possibilitando analisar os resultados através de um conjunto de dados e traçar metas para o futuro" (grifo nosso). 2) Unidade de Registro: "Os painéis do Programa Gestão à Vista foram colocados em cada unidade, visando gerar senso de análise e **participação global**. Além da avaliação do próprio setor, os colaboradores passam a ver e entender a atuação das áreas de interface, levando à **concordância ou, se necessário, à redefinição de seus processos de forma conjunta**" (grifo nosso).	1) Relatório de Gestão 2003 a 2010, página 24. 2) Relatório de Gestão 2003 a 2010, página 24.
5) Infraestrutura informatizada	1) Durante a apresentação do PGV é mencionado que: "Para a inserção dos dados foi disponibilizado às unidades participantes um **arquivo digital** contendo os gráficos padronizados para a apresentação dos indicadores, com a distribuição de **senhas individuais de acesso**" (grifo nosso).	1) Relatório de Gestão 2003 a 2010, página 24.

Continua

Categoria semântica	Evidência	Fonte da Evidência
6) Processos específicos de prestação de informações	1) Unidade de Registro: "A divulgação das informações é realizada por meio de quadros com gráficos, relatórios de ações corretivas, planos de ação do setor e avisos gerais sobre as principais mudanças ocorridas."	1) Relatório de Gestão 2003 a 2010, página 24.
7) Representar algum atributo desejado	Conforme apresentado nas tabelas sobre o PMI e SAHE, caso haja unidade de registro representativa da categoria semântica 1, pode-se considerar que o instrumento de mensuração de desempenho apresenta o atributo denominado por Otley (1987) de "padrão". Se o PMI tem fins motivacionais, conforme apresentado na categoria semântica 4, ele apresenta o atributo do SMD de gerar consequências sobre o comportamento das pessoas, conforme caracterizado por FRANCO-SANTOS, LUCIANETTI e BOURNE (2012). 1) Purbey, Mukherjee e Bhar (2007) também destacam que o SMD deve ser capaz de permitir que sejam feitas comparações e que os processos sejam monitorados. Esse atributo pode ser evidenciado pela seguinte unidade de registro: "Os painéis do Programa Gestão à Vista foram colocados em cada unidade, visando gerar senso de análise e participação global. Além da avaliação do próprio setor, os colaboradores passam a ver e entender a atuação das áreas de interface, levando à concordância ou, se necessário, à redefinição de seus processos de forma conjunta".	1) Relatório de Gestão 2003 a 2010, página 24.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Conclusão

Tabela 17 - Categoria semântica, fonte da evidência e unidade de registro (evidência) relacionada ao CQH

Categoria semântica	Evidência	Fonte da Evidência
1) Medidas financeiras e não financeiras	1) Unidades de registro que representam os indicadores não financeiros utilizados nesse instrumento: "Taxa de Ocupação Hospitalar; Tempo Médio de Permanência; Índice de exames laboratoriais por internação". 2) Foi identificada apenas uma unidade de registro que represente a utilização de indicador financeiro: "Custo do quilo da roupa lavada".	1) Lista dos indicadores do CQH. Vide Tabela A.6 no Apêndice. 2) Lista dos indicadores do CQH. Vide Tabela A.5 no Apêndice.
2) Objetivos estratégicos da organização	1) Objetivo e ação estratégicas: "Fortalecer canais de comunicação com pacientes: i) Ações da ouvidoria como ferramenta de gestão: gerar relatórios gerenciais com indicadores estratificados por áreas e tipos de notificações; ii) Criar e/ou fortalecer formas de comunicação escritas e eletrônicas por meio de jornal, Circuito Fechado de TV e internet; e iii) Fortalecer a comunicação com os pacientes com o auxílio de edições de um jornal". 2) Indicadores que constam no CQH e auxiliam a avaliação dos objetivos estratégicos: "Taxa de satisfação dos clientes internados; Taxa de Insatisfação dos clientes internados; Taxa de recomendação do hospital para amigos e parentes; Taxa de não recomendação do hospital para amigos e parentes".	1) Relatório de Gestão 2003 a 2010, página 16. 2) Lista dos indicadores do CQH. Vide Tabela A.6 no Apêndice.
3) Fins informacionais	1) Unidade de registro: "Conforme já mencionado sobre a adesão ao Programa CQH, o HC encontra-se num momento extremamente importante, [...], atendendo aos requisitos exigidos, o que representa a oportunidade de reforçar as práticas de excelência já adotadas, aprimorar e sistematizar processos, bem como implementar **sistemas de controle e gerenciamento contínuo** da qualidade hospitalar" (grifo nosso). 2) Unidade de registro: "O hospital, então, [...], optou pelo roteiro estabelecido pelo Programa do CQH (Compromisso com a Qualidade Hospitalar), que **permite a realização de um diagnóstico institucional** onde é possível identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria dos processos" (grifo nosso).	1) Relatório de Atividades do HC de 2009, página 7. 2) Relatório de Gestão 2003 a 2010, página 25.
4) Fins motivacionais	1) Unidade de registro: "O Hospital aderiu ao Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar – CQH, que tem por objetivo a melhoria contínua da qualidade do atendimento nos serviços de saúde, **estimulando** a participação e a autoavaliação dos serviços, **incentivando** a mudança de atitudes e de comportamentos e o trabalho coletivo, principalmente de grupos multidisciplinares nos processos de atendimento" (grifo nosso).	1) Relatório de Atividades do HC de 2007, página 44.
5) Infraestrutura informatizada	1) Unidade de registro: "Trimestralmente, o Hospital das Clínicas envia, por e-mail, **planilha padronizada pelo CQH**, com informações financeiras, de recursos humanos, inclusive de treinamento, satisfação do usuário, infecção hospitalar além da produtividade. O CQH retorna as informações consolidadas com mediana de todos os hospitais participantes do programa, para efeito de comparação" (grifo nosso). Franco-Santos, Lucianetti e Bourne (2012) consideram infraestrutura informatizada de apoio ferramentas como o *Microsoft Excel*, *Enterprise Resource Planning* – ERP e o *Business Intelligence* – BI.	1) Relatório de Atividades do HC de 2011, página 32.
6) Processos específicos de prestação de informações	1) Unidade de registro: "O Gerenciamento da Qualidade vem coordenando desde 2008 os Subcomitês da Qualidade que têm por objetivos disseminar na Instituição a cultura da qualidade, envolvendo os profissionais no Programa Qualidade HC e identificar no Roteiro de Visitas do CQH as questões pertinentes a cada processo, além de elaborar planos de ação para o cumprimento dessas questões.".	1) Relatório de Atividades do HC de 2010, página 50.

Continua

Categoria semântica	Evidência	Fonte da Evidência
7) Representar algum atributo desejado	Dado que há unidades de registro sobre o CQH que estão associadas à categoria semântica 1, pode-se concluir que o CQH apresenta o atributo denominado por Otley (1987) de "Padrão". O Programa CQH satisfaz os três atributos descritos pode Purbey, Mukherjee e Bhar (2007), ou seja, está relacionado ao valor da organização e sua estratégia; é sensível às mudanças no ambiente externo e interno da organização, além de permitir que os processos sejam monitorados e comparados. As evidências para cada um desses atributos são, respectivamente, apresentadas e argumentadas: 1) Unidade de registro sobre um dos Valores organizacionais do HC: "Compromisso com a qualidade". 1.1) Unidade de registro sobre um dos objetivos estratégicos do HC: "Assegurar a melhoria contínua da qualidade". Unidade de registro da ação estratégica: "Conscientizar os colaboradores acerca do programa de qualidade institucional". 2) Indicadores (unidades de registro) do CQH que destacam a sensibilidade do instrumento ao ambiente interno: "Tempo Médio de Permanência por clínicas (UTI Adulto); Índice de Exames de Diagnóstico por Imagem por Internação; Taxa de Infecção hospitalar Clínica Médica; Distribuição percentual de infecção - Acesso Vascular" 2.1) Indicadores que representam a sensibilidade do instrumento ao ambiente externo: "Taxa de Preenchimento das avaliações pelo usuário; Taxa de Insatisfação dos clientes internados; Taxa de não recomendação do hospital para amigos e parentes". 3) Unidade de registro que indica que o programa CQH proporcionou atividades de monitoramento das unidades: "Trimestralmente, o Hospital das Clínicas envia, por e-mail, planilha padronizada pelo CQH, com informações financeiras, de recursos humanos, inclusive de treinamento, satisfação do usuário, infecção hospitalar além da produtividade. O CQH retorna as informações consolidadas com mediana de todos os hospitais participantes do programa, para efeito de comparação". Se o HC envia trimestralmente informação ao órgão acreditador do CQH, é porque o instrumento de mensuração de desempenho permite realizar monitoramento das atividades do hospital, pelo menos trimestralmente. 3.1) Unidade de registro que indica que o programa CQH possibilita comparações: "[...] o HC utiliza, para comparação de seu desempenho, o Sistema de Avaliação de Hospitais de Ensino –SAHE da SES-SP e o sistema de avaliação do Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar –CQH".	1) Relatório de Gestão 2003 a 2010, página 7. 1.1) Relatório de Gestão 2003 a 2010, página 14. 2) Lista dos indicadores do CQH. Vide Tabela A.6 no Apêndice. 2.1) Lista dos indicadores do CQH. Vide Tabela A.6 no Apêndice. 3) Relatório de Atividades do HC de 2011, página 32. 3.1) Relatório de Atividades do HC de 2011, página 15.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Conclusão

Por meio das tabelas 14 a 17, pode-se constatar que apenas o instrumento SAHE não pode ser considerado SMD, pois não foram encontradas evidências de que esse instrumento mensura o desempenho para fins motivacionais.

A figura 17 e a tabela 18 apresentam, respectivamente, a inter-relação entre os instrumentos de mensuração do HC, considerados SMDs segundo a literatura de contabilidade gerencial revisada.

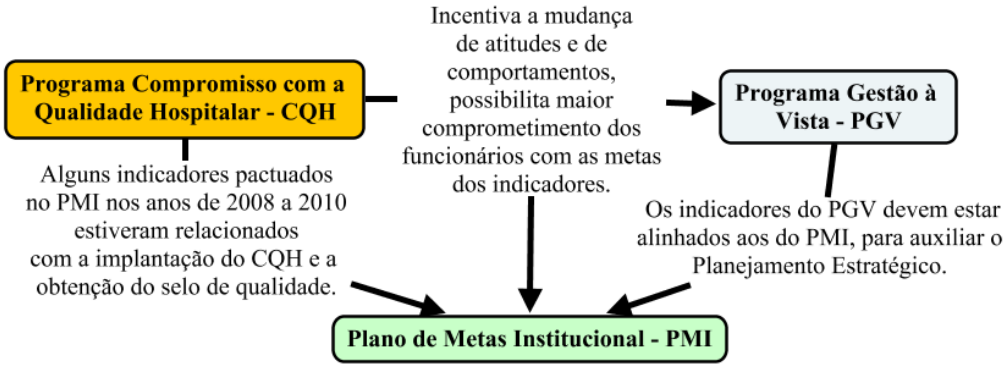


Figura 17 - Interação entre os Subsistemas de Mensuração de Desempenho do HC.
Fonte: Elaborada pelo autor.
Nota: Inicie a leitura do mapa mental da esquerda para a direita acompanhando as setas.

Tabela 18 - Características dos instrumentos de mensuração de desempenho do HCFMRP

Características	Plano de Metas Institucionais - PMI	Programa Gestão à Vista - PGV	Compromisso com a Qualidade Hospitalar - CQH
Quem estabelece os indicadores	Negociações entre o HC e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo	Os departamentos do HC	A entidade acreditadora
Tipo de Indicador	Não financeiro e financeiro*	Não financeiro e financeiro*	Não financeiro e financeiro
Nível organizacional dos indicadores	Institucional	Departamental	Institucional e Departamental
Frequência de mensuração/análise	Mensal e Trimestral	Mensal e Trimestral	Mensal e Anual
Há o estabelecimento de metas	Sim	Sim	Não
Frequência mínima para alteração no instrumento	Anual	Anual	ND**
Motivo da utilização	Contratualização – PRHE	Criar indicadores internos de monitoramento	Melhorar a qualidade do atendimento e do processo de gestão
Permite *Benchmark*	Não	Sim (entre departamentos)	Sim (entre hospitais)

Fonte: Elaborada pelo autor. * No PMI e no PGV existe o indicador denominado "Relatório de Custos", e por esse relatório conter indicadores financeiros do HC, considerou-se o indicador como um indicador financeiro. ** Não depende do HCFMRP-USP.

Depreende-se, da figura 17, que o PMI constitui para o HC importante direcionador do desempenho organizacional. Atualmente, estão atrelados aos resultados dos indicadores pactuados com os Gestores locais do SUS e avaliados pela CPAC mais de R$ 10,5 milhões

anuais. Esses recursos, que variam conforme a *performance* dos indicadores pactuados, geraram estímulos organizacionais à associação entre os três SMDs.

6.2 Resultados e análises da segunda proposição

É apresentado na seção o compartilhamento das crenças entre os gestores do SUS e o HC. As crenças compartilhadas foram confirmadas por meio da evidenciação do padrão de comportamento desses agentes, ao longo das pactuações. O padrão de comportamento é representado pela perpetuação da pactuação de regras (indicadores, metas e pontuação) que caracterizam as estratégias dominantes dos agentes conforme seus direcionadores estratégicos[118]. Finalmente, são expostas evidências do efeito da adoção do PGV e do CQH na pactuação das regras formais.

Por meio das análises apresentadas a seguir verificou-se que ao longo do processo de contratualização ocorreram alterações nas regras pactuadas, contudo essas alterações não caracterizam necessariamente a mudança de crenças dos agentes, mas sim nova forma de gestão das incertezas visando-se alcançar um estado de equilíbrio no jogo (utilização de indicadores, metas e pontuações mais operacionais). A busca por novo estado de equilíbrio nas regras formais evidencia padrão de comportamento entre os agentes, que tem por objetivo reduzir a complexidade das interações sociais (AOKI, 2001; BROUSSEAU, GARROUSTE e RAYNAUD, 2011), no ambiente externo (gestores do SUS e do HC) e interno do HC.

A análise sobre o padrão de comportamento (perpetuação da estrutura do jogo) nas regras formais iniciou-se pela análise dos indicadores. Após o ano de 2007, implantação do PGV e do CQH, houve aumento do número de novos indicadores repactuados, sem e com alteração da natureza da meta (tabela 19). Esse fenômeno também pode ser observado após o ano de 2010, quando o HC reformulou o PGV, e após visitas técnicas de membros certificadores do CQH houve a certificação de qualidade do hospital (Selo de Qualidade).

As implantações e reformulações dos SMDs, PGV e CQH, introduziu potencial modificação no padrão de comportamento dos agentes, caso as crenças compartilhadas sejam alteradas Conforme afirma Aoki (2001), novos conjuntos de crenças podem surgir de inovações organizacionais relacionadas a interações específicas de interesse. As interações

[118] Apresentados na seção 5.3.2 (Estruturação da análise da segunda proposição).

específicas de interesse para o presente estudo representam as negociações/pactuações de indicadores, metas e pontuações relacionados ao processo de contratualização.

A introdução dos SMD, sendo *top down,* somente irá alterar as crenças dos agentes envolvidos se for observado algum padrão de conduta dos agentes em resposta ao SMD. Esse fato ocorreu tanto quando a SES-SP impõe métricas de contratualização (metas quantitativas para indicadores de atenção à saúde) quando os gestores do HC impõem a utilização de indicadores na contratualização relacionados ao PGV e CQH.

Tabela 19 – Modificações na repactuação de indicadores em relação ao ano anterior

Indicadores:	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
Repactuados sem alteração	22	24	**15**	20	28	**26**	31
Repactuados com alteração (natureza da meta*)	0	0	**5**	1	2	**2**	1
Novos pactuados	7	0	**9**	9	0	**4**	0
Não repactuados	0	4	**4**	8	1	**2**	0
Total utilizado ao longo do período	**29 ****	**24**	**29**	**30**	**30**	**32**	**32**

Fonte: Elaborada pelo autor.* Meta qualitativa para quantitativa ou meta quantitativa para qualitativa. ** Pelo fato de a CPAC ter sido constituída apenas no final do ano de 2006, entre os trimestres desse ano houve repactuações de indicadores.

Por meio da tabela 19, observa-se que ocorreu maior variação nos indicadores utilizados nos anos seguintes (2008 e 2011) a implantações e reformulações dos SMDs, PGV e CQH. Esse fatos ocorre porque a repactuação e/ou pactuação de indicadores ocorrem no início de cada ano e não ao longo do ano de implantação e reformulação dos SMDs.

Verifica-se ainda que, com o passar do tempo, o número dos indicadores repactuados sem alteração aumentou e houve redução no número de novos indicadores utilizados, o que caracteriza um acerto entre as partes sobre como se deveria processar a mensuração de desempenho do hospita. Desse modo, conforme destacam Brousseau, Garrouste e Raynaud (2011), as regras formais passaram a representar regularidades comportamentais, pois houve redução da permuta de indicadores, a partir de 2010.

Para a análise da perpetuação da estrutura do jogo sobre a pontuação estipulada para cada indicador e a proporção de indicadores com metas qualitativas e quantitativas (natureza da meta), foi realizada a comparação entre as proporções sugeridas pela Portaria nº 2.352, de 2004 (tabela 19), e os dados do HC (resultados das pactuações anuais com os gestores locais do SUS, tabela 20).

Os indicadores e sua respectiva natureza da meta, apresentados na Portaria nº 2.352/2004, servem de base para a estipulação dos indicadores pactuados entre os gestores locais do SUS e os do HC, nas áreas de Atenção à Saúde e Educação e Ensino (ou Ensino e

Pesquisa, no caso do HC). A proporção da pontuação dos indicadores e da natureza da meta para essas áreas é apresentada na tabela 20.

Tabela 20 - Natureza da meta e porcentagem de pontos atribuídos, sugerida pela Portaria nº 2.352/GM de 2004

Natureza da meta	Nº de indicadores recomendados	% de indicadores por natureza da meta	% do total dos pontos atribuídos
Quantitativas	24	80%	85,9%
Qualitativas	6	20%	14,1%

Fonte: Elaborada pelo autor, segundo a Portaria nº 2.352 de 2004.

Para se contrastar o que foi estipulado na Portaria nº 2.352/GM de 2004 com os dados do HC, para os indicadores de Atenção à Saúde e Ensino e Pesquisa, foi elaborada a tabela 21.

Tabela 21 - Natureza da meta pactuada entre os gestores locais do SUS e do HC para os indicadores de Atenção à Saúde e Ensino e Pesquisa

Período	Natureza da meta	Nº de indicadores	% de indicadores por natureza da meta	% do total dos pontos atribuídos
2005	Quantitativos	10	**67%**	**71%**
	Qualitativos	5	**33%**	**29%**
2006	Quantitativos	11	52%	54%
	Qualitativos	10	48%	46%
2007	Quantitativos	9	53%	61%
	Qualitativos	8	47%	39%
2008	Quantitativos	12	57%	49%
	Qualitativos	9	43%	51%
2009	Quantitativos	13	68%	64%
	Qualitativos	6	32%	36%
2010	Quantitativos	13	68%	65%
	Qualitativos	6	32%	35%
2011	Quantitativos	15	75%	69%
	Qualitativos	5	25%	31%
2012	Quantitativos	14	**70%**	**60%**
	Qualitativos	6	**30%**	**40%**

Fonte: Elaborada pelo autor.

Por meio da comparação das tabelas 20 e 21, pode-se observar que, em 2005, início da pactuação, havia 67% dos indicadores com metas quantitativas, contra os 80% sugeridos pela Portaria. No mesmo ano, 71% dos pontos eram atribuídos a esses indicadores; esse valor também é inferior aos sugeridos pela Portaria (85,9%).

Após várias negociações ("jogos") os agentes, em 2012, passaram a pactuar 70% dos indicadores com metas quantitativas, que passaram a representar 60% do peso total, do conjunto dos 20 (14+6) indicadores do grupo Atenção à Saúde e Ensino e Pesquisa.

Comparando-se os anos de 2005 e de 2012, verifica-se que houve aumento do número de indicadores com metas quantitativas utilizadas. Contudo, a pontuação, (peso) médio desses

indicadores, reduziu de 71% para 60%. Por sua vez, o peso médio dos indicadores com metas qualitativas aumentou de 29%, em 2005, para 40%, em 2012.

O aumento do número de indicadores com metas quantitativas e o aumento do peso dos indicadores com metas qualitativas fazem parte da combinação dos *strategic drivers* dos agentes (gestores locais do SUS e do HC). Como os indicadores de Atenção à Saúde são de particular interesse para o Programa de Contratualização, os gestores do SUS preferem que essa categoria seja composta, em sua maioria, por indicadores de metas quantitativas, capazes de expressar, de modo mais eficaz, o esforço do HC; pois, se o indicador dessa área tivesse meta qualitativa, por exemplo, apresentar relatório da porcentagem das vagas disponibilizadas para a rede, o hospital atingiria a meta apenas com a apresentação do relatório, independente do percentual de vagas destinado para a rede.

Por seu turno, os gestores do HC têm propensão para indicadores com metas qualitativas, menos rígidas em relação aos indicadores de metas quantitativas. Pode-se evidenciar isso pelo fato de que em 98,1%[119] das vezes em que o HC foi avaliado por indicadores com metas qualitativas, obteve 100% da pontuação, e com relação aos indicadores com metas quantitativas, em apenas 72,6%%[120] das vezes o HC obteve o total de pontos atribuídos ao indicador. Desse modo, os gestores do hospital visam negociar maiores pontuações para os indicadores com natureza de meta qualitativa, visto que, em 2012, 6 indicadores tinham 40% do total de pontos.

Considerando que as interações entre os gestores locais do SUS e do HC são cooperativas, segundo a teoria dos jogos, pode-se verificar que, ao longo das interações, o HC realizou o seguinte movimento estratégico: quando há incorporação (pactuação) de indicadores com metas quantitativas há concomitantemente a repactuação dos pesos dos indicadores, com a finalidade de aumentar as pontuações em indicadores com metas qualitativas. E como os gestores do SUS e do HC não têm incentivos para mudar de estratégia, esse pode ser um estado de equilíbrio em estratégias dominantes demonstrando o padrão de comportamento dos agentes.

Essa conduta evidencia indiretamente o compartilhamento de crenças entre os agentes, pois, segundo Kingston e Caballero (2009) e Greif e Kingston (2011), os agentes somente

---

[119] Ao longo do período analisado foram realizadas 420 avaliações em indicadores com metas qualitativas e em apenas 8 o HC não obteve o total de pontos estipulados para o indicador. Das 8 vezes em que não fez 100% dos pontos obteve pelo menos 86%, ou seja, em nenhuma das 420 avaliações deixou de pontuar em indicadores qualitativos.

[120] Ao longo do período analisado ocorreram 424 avaliações em indicadores com natureza de meta quantitativa. Em 27,4% o HC não obteve a pontuação total e em 19 vezes (4,5%) fez zero pontos na avaliação.

admitem/usam as regras formais que geram padrões de comportamento *self-enforced* (ver nota de rodapé 32) e que têm a capacidade de gerar equilíbrio institucional.

Tendo por finalidade analisar as crenças compartilhadas, representadas pelo padrão de comportamento dos agentes, nas quatro categorias (Atenção à Saúde, Ensino e Pesquisa, Gestão Hospitalar e Comunidade e Humanização) utilizadas pelo HC na pactuação dos indicadores da contratualização, foi elaborada a tabela 21.

A tabela 22 também apresenta três fases da pactuação de indicadores conforme a evolução (implantação e reformulação) do PGV e do CQH, de modo a possibilitar a análise do efeito desses instrumentos na contratualização da natureza da meta dos indicadores.

A primeira fase corresponde aos anos de 2005 a 2007, pois, em 2007, houve a implantação do PGV e do SAHE. Contudo, como a pactuação dos indicadores ocorre somente no início do ano, as consequências desses instrumentos de mensuração de desempenho só puderam ser observadas a partir de 2008.

A segunda fase se inicia em 2008[121] e termina em 2010. No ano de 2010, o HC obteve o Selo de Qualidade CQH e estabeleceu novas diretrizes para o PGV; os resultados desses eventos somente são observados após a pactuação realizada no início de 2011. A terceira fase envolve os anos de 2011 e 2012, após a implantação e reformulação ou novo estágio dos instrumentos de mensuração de desempenho do HC.

[121] No ano de 2008, um dos indicadores pactuados pelo HC denominava-se: Auditorias Internas - Implantação da Metodologia de Qualidade Hospitalar – CQH. Nos anos de 2009 a 2010 o HC passou a pactuar o indicador: Relatórios Padronizados do CQH, elaborados pelos subcomitês. Após 2010, não houve a pactuação de indicadores diretamente relacionados ao CQH. Esse fato evidencia a relação direta do instrumento à pactuação de indicadores.

Tabela 22 - Variação média da natureza da meta dos indicadores pactuados, porcentagem dos pontos atribuídos, porcentagem da pontuação conquistada por natureza da meta e porcentagem total obtida pelo HC

Fases	Anos	Natureza da meta	Nº de indicadores*	% do total dos pontos atribuídos*	% dos pontos conquistados pelo HC*	% da pontuação obtida pelo HC*
FASE 1	2005	Quantitativos	12	57,50%	86,96%	92,5%
		Qualitativos	10	42,50%	100,00%	
	2006	Quantitativos	10	51,50%	87,62%	93,6%
		Qualitativos	14	48,50%	100,00%	
	2007	Quantitativos	11	49,25%	87,56%	93,9%
		Qualitativos	13	50,75%	100,00%	
FASE 2	2008	Quantitativos	12	48,75%	89,23%	94,3%
		Qualitativos	17	51,25%	99,17%	
	2009	Quantitativos	14	41,00%	83,54%	93,1%
		Qualitativos	16	59,00%	99,79%	
	2010	Quantitativos	14	41,00%	88,72%	94,1%
		Qualitativos	16	59,00%	97,88%	
FASE 3	2011	Quantitativos	19	50,50%	90,84%	95,3%
		Qualitativos	13	49,50%	99,75%	
	2012	Quantitativos	18	46,75%	86,90%	93,9%
		Qualitativos	14	53,25%	100,00%	

Fonte: Elaborada pelo autor. * Valores médios.

Por meio da tabela, pode-se constatar que na fase 1 houve aumento do número de indicadores com natureza de meta qualitativa (10, em 2005, para 13, em 2007) e do peso desses indicadores (42,5%, em 2005, para 50,75%, em 2007). Esse fato pode caracterizar estratégia do HC, pois nos três anos dessa fase o HC obteve sempre o máximo da pontuação (100%) nos indicadores com metas qualitativas.

Ademais, isso contribuiu para o aumento da pontuação média obtida pelo hospital que passou de 92,5%, em 2005, para 93,9%, em 2007, garantindo, assim, sua probabilidade em obter 100% dos recursos, que variam conforme seu desempenho, uma vez que, para obter a totalidade dos recursos, deve conquistar pelo menos 91% dos pontos.

Na fase 2, após a implantação do PGV e CQH, houve a pactuação de mais indicadores com metas qualitativas, saindo de 13, em 2007, para 16, em 2009 e 2010. Nessa fase, também ocorreu aumento na pontuação atribuída a esses indicadores (51,25%, em 2008, para 59%, em 2010). Em 2010, os 14 indicadores com natureza de meta quantitativa passaram a ter peso de 41%.

No ano de 2009, no qual houve incorporação de 2 novos indicadores quantitativos, em relação a 2008, o HC conquistou 83,54% dos 41% dos pontos destinados a indicadores com natureza de meta quantitativa, o que fez com que sua pontuação média anual fosse de 93,1%, a menor da segunda fase.

Em 2009 e 2010, tanto a proporção de indicadores por natureza de meta quanto a proporção da pontuação atribuída a cada um desse conjunto de indicadores foi a mesma. Esse fato indica que houve, no período, a perpetuação da estrutura do jogo (conjunto de regras formais) entre os gestores do SUS e do HC sobre a pactuação da natureza da meta dos indicadores. Isso demonstra de modo indireto[122] que há motivações fornecidas pelas crenças compartilhadas dos agentes, ou seja, elas representam orientações úteis que coordenam os comportamentos dos jogadores (GREIF e KINGSTON, 2011; BROUSSEAU, GARROUSTE e RAYNAUD, 2011).

Na terceira fase, evidencia-se o surgimento de novo conjunto de regras de conduta entre os agentes, visto que há redução dos indicadores com metas qualitativas (de 16, em 2010, para 14, em 2012) e aumento do número de indicadores com natureza de metas quantitativas (de 14, em 2010, para 18, em 2012). Além disso, houve a redução da pontuação dos indicadores com metas qualitativas, de 59%, em 2010, para 49,5%, em 2011. Apesar disso, a pontuação média que o HC obteve, em 2011 (95,3%), foi a maior de todos os períodos analisados.

O aumento do número de indicadores quantitativos, que historicamente apresentam menor probabilidade (72,6%) do HC em atingir a meta, pode ser atribuído à combinação da exigência dos gestores do SUS com o maior entendimento do contexto gerencial proporcionado pelos SMDs, PGV e CQH que, em 2010, passaram para novo estágio institucional. Evidencia-se esse fato pelas variações ocorridas entre 2010 e 2011, isso é, nesse período a pactuação passou de 14 indicadores com meta quantitativa para 19, e a pontuação atribuída a esses indicadores de 41%, em 2010, para 50,5%, em 2011, e a média de pontos conquistados pelo HC, de 88,72% para 90,84%, respectivamente.

A tabela 23 apresenta de modo detalhado as evidências para cada um dos indicadores pactuados ao longo do período analisado. A legenda para se compreender as cores e os símbolos utilizados encontra-se ao final da tabela.

[122] Quando há perpetuação das estruturas do jogo (estado de equilíbrio) pode-se confirmar que essa estrutura representa as crenças compartilhadas dos agentes (BROUSSEAU, GARROUSTE e RAYNAUD, 2011).

Tabela 23 - Elementos presentes nas atas de avaliações da CPAC e sua variação ao longo dos anos analisados

Categoria	Sub-categoria	Número do indicador	2005		2006				2007				2008				2009				2010				2011				2012				% da pontuação obtida
			3º Trim.	4º Trim.	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	
I - Atenção à Saúde	Ambulatório	1*	MT				↑		↑			↓	↑	↑	↑	↑	↓				↓				↑								82%
		2*					MQ						T																				98%
		3*	MT						↑				↑				↓				↓				↑								88%
		4*											MT	L																			100%
		5	MT																														50%
		6					MQ						T		L		T↑																99%
		7*					MQ																										100%
		8*											MQ																				100%
		9*											MQ																				100%
		10															MQ				T												94%
		11															MT				L				T↑								78%
		12*																							MQ								100%
	Internação	13	MT																														100%
		14*	MT										↑																				90%
		15	MT										↑				↑								↓								85%
		16	MT																														75%
		17			MT																												17%
	Exames	18*	MQ														T				↓				↑					L			94%
		19*					MQ						T																				100%
		20*					MQ						T																				90%
	Cirurgias	21	MT				↑						↑				↑								↓								89%
		22	MT										↑																				95%
		23											MQ	T			↑																85%
	Urgência	24	MT										↑				↑				↑				↓								94%
		25															MT				↑				↑								100%

Continua

Categoria	Número do indicador	2005		2006				2007				2008				2009				2010				2011				2012				% da pontuação obtida
		3º Trim.	4º Trim.	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	
II - Ensino e Pesquisa	26	MQ							T																							96%
	27											MQ																				100%
	28															MQ								T								99%
	29	MQ																														100%
	30	MQ																														100%
	31											MQ																				100%
	32*	MQ																														100%
	33					MQ																										100%
III - Gestão Hospitalar	34	MQ																														96%
	35	MQ																														100%
	36																							MT								98%
	37																							MT								100%
	38	MT																		↑				↑								73%
	39	MQ																														100%
	40	MQ																														100%
	41															MQ																100%
	42															MQ																100%

Continuação

Categoria	Número do indicador	2005		2006				2007				2008				2009				2010				2011				2012				% da pontuação obtida
		3º Trim.	4º Trim.	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	
IV - Comunidade e Humanização	43	MT										L												T ↑								97%
	44	MQ																														100%
	45											MQ																				100%
	46											MQ																				100%
	47											MT																				100%
	48															MQ																100%
	49															MQ																100%
	50																							MQ								100%

Fonte: Elaborada pelo autor, com base nas atas de avaliação da CPAC. * Indicadores relacionados diretamente à inserção do HC na rede do SUS.
Nota: A tabela A.4 do apêndice apresenta o nome do indicador segundo o número apresentado.

Conclusão

Legenda

Cor ou símbolo	Descrição	Símbolo	Descrição
	Período de vigência da pactuação do indicador	L	Mudança de meta quantitativa para qualitativa
	Redução do valor da pontuação	T	Mudança de meta qualitativa para quantitativa
	Aumento do valor da pontuação	%	Porcentagem dos pontos obtidos pelo HC ao longo da existência do indicador
MQ	Meta qualitativa	↑	Aumento da meta
MT	Meta quantitativa	↓	Redução da meta

Por meio da tabela 23, pode-se observar que os gestores do HC adotaram postura proativa na negociação com os gestores do SUS, pelas seguintes evidências:

1. Passaram a utilizar metas qualitativas capazes de assegurar maior probabilidade à pontuação (por exemplo, os indicadores de número: 8*, 9*, 12*, 30, 31, 40, 41, 42, 45, 46, 49 e 50);
2. Foi aumentada a pontuação dos indicadores qualitativos (por exemplo, os indicadores de número: 8*, 30, 31, 32*, 33, 34, 45, 46 e 49);
3. Foi reduzida a pontuação dos indicadores quantitativos (por exemplo, os indicadores de número: 1*, 14*, 15, 21, 22, 24, 25, 26, 28 e 38); e
4. Os indicadores com "*" (indicadores relacionados à inserção e atuação do HC na rede), por representarem *strategic drivers* dos gestores locais do SUS, tendem a apresentar maior dificuldade para os gestores do HC em reduzir suas metas, pontuação, ou retirar o indicador, o que, de certa forma, não foi o observado nas evidências acima.

Logo, verifica-se que os gestores do HC, passaram a atuar de forma proativa na pactuação dos elementos da contratualização para obtenção de recursos conforme seu desempenho.

Por meio da tabela 24 e do gráfico 1, pode-se ressaltar que ao longo das pactuações das regras formais entre os agentes houve perpetuação de estrutura de jogo alinhada aos *strategic drivers* do HC.

Tabela 24 – Variação da pontuação dos indicadores segundo sua natureza de meta

Evidências	**Número de indicadores**	**Redução ou aumento médio da pontuação**	**Probabilidade média de atingir a meta anterior a evidência ***	**Probabilidade média de atingir a meta posterior a evidência ***
Aumento da pontuação de indicadores quantitativos	5	12	78%	88%
Redução da pontuação de indicadores quantitativos	17	20	87%	74%
Aumento da pontuação de indicadores qualitativos	11	19	100,0%	97%
Redução da pontuação de indicadores qualitativos	6	13	100,0%	96%

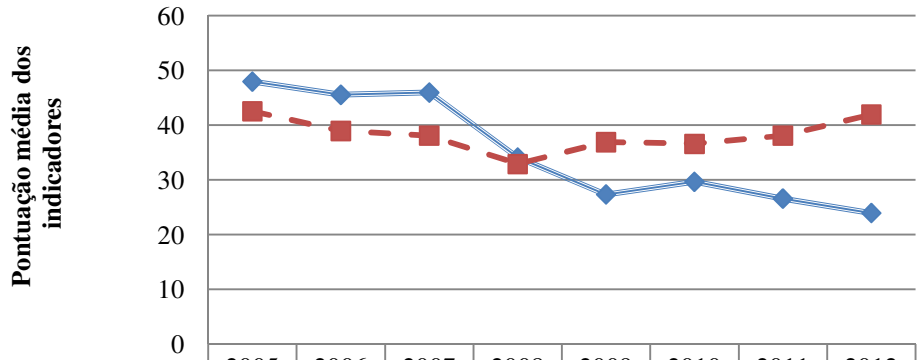
Fonte: Elaborado pelo autor. * A probabilidade foi calculada utilizando-se a seguinte fórmula: número de vezes em que o HC obteve a pontuação total do indicador (atingiu a meta) dividido pela quantidade de vezes que o indicador foi mensurado.

Por meio da tabela 24 constata-se que por 17 vezes houve redução da pontuação de indicadores quantitativos e por 11 vezes aumento da pontuação de indicadores qualitativos; em média a redução e o aumento da pontuação desses indicadores foram, respectivamente, de 10 e 19 pontos.

Após a redução da pontuação dos indicadores quantitativos a probabilidade de o HC atingir a meta caiu para 74% (redução de aproximadamente 13%), já após o aumento da pontuação dos indicadores qualitativos a probabilidade de se atingir a meta reduziu para 97%, o que não afeta significativamente a pontuação obtida pelo HC, uma vez que, para se obter a totalidade dos recursos o hospital necessita atingir pelo menos 91% dos pontos que concorre.

Por meio do gráfico 1, observa-se que, a partir do ano de 2008, há a perpetuação da estrutura do jogo relacionada a: redução da pontuação média dos indicadores quantitativos e o aumento da pontuação média dos indicadores qualitativos.

Esse fato evidencia a pactuação de regras formais que favorecem a pontuação do hospital. Pois, nos indicadores com natureza de meta qualitativa o HC tem maior probabilidade de atingir a meta e pontuar, conforme ilustra o gráfico 1.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Com meta quantitativa	48	46	46	34	27	30	27	24
Com meta qualitativa	43	39	38	33	37	37	38	42
Probabilidade média de atingir a meta (Pontuar) - Ind. Quantitativo	67%	79%	80%	82%	58%	68%	75%	71%
Probabilidade média de atingir a meta (Pontuar) - Ind. Qualitativo	100%	100%	100%	95%	98%	95%	98%	100%

Gráfico 1 – Pontuação média dos indicadores segundo sua natureza de meta e a probabilidade média de atingir a meta (Pontuar)
Nota: A probabilidade foi calculada utilizando-se a seguinte fórmula: número de vezes em que o HC obteve a pontuação total do indicador (atingiu a meta) dividido pela quantidade de vezes que o indicador foi mensurado.

Finalmente, destaca-se que a perpetuação da estrutura do jogo verificada por meio da tendência na pactuação de regras formais, conforme explicitado nas discussões da tabela 23 e do gráfico 1, confirma a crença compartilhada entre os gestores do HC e do SUS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi analisar a mudança institucional proporcionada pela contratualização nos instrumentos de mensuração de desempenho, assim como na negociação de indicadores e suas metas entre os gestores do HCFMRP-USP e os gestores da SES-SP e da SMS-RP. Para esse fim, foram inicialmente elaboradas duas proposições.

A primeira proposição foi formulada com a finalidade de verificar se o processo de contratualização impacta a modificação dos instrumentos de mensuração de desempenho. Constatou-se, por meio da narrativa descritiva do contexto histórico do HC, que o processo de contratualização fez surgir um acordo formal público (CEI *designed public-order*) entre o HC e a SES-SP e operacionalizado entre os gestores locais do SUS e do HC, coordenando as expectativas de ambos, a fim de evitar quebras contratuais e atender às demandas da PRHE.

Tal acordo formal (CEI *designed public-order*) impunha a busca pela eficiência no uso de recursos, mas não era suficiente para garantir o equilíbrio institucional da organização hospitalar, pois não alcançava os níveis gerenciais internos. Houve, portanto, necessidade do desenvolvimento de outros instrumentos de mensuração de desempenho, desdobrados até níveis gerenciais médios, para reduzir o conflito de agência e a assimetria de informação inerente aos ambientes externo e interno do hospital.

Nos anos seguintes à contratualização o HC passou a adotar os instrumentos de mensuração de desempenho denominados PGV e CQH. Esses SMDs facilitaram a negociação de regras formais com os gestores locais do SUS, dado que promoveram as funções informacionais e motivacionais entre os gestores do HC e suas equipes e foram projetados para estar alinhados aos objetivos estratégicos do hospital e aos indicadores do PMI (CEI *designed public-order*).

Desse modo, a contratualização propiciou a modificação dos SMDs do HC, que eram voltados, no primeiro momento institucional, apenas para o equilíbrio orçamentário (*financial based-type*), e passaram a ser empregados para controlar e monitorar a entrega de serviços clínicos e assistenciais contratualizados (*BSC-type*).

A criação de SMDs internos ao HC, que são acordos privados sobre como avaliar o desempenho (*CEI designed private-order*), corrobora os estudos de Ferreira e Mendonça (2009), Leite, Souza e Nascimento (2010), Reis (2011), Lima e Rivera (2012) e Ditterich, Moysés e Moysés (2012), que apontam que os gestores dos HEs, na contratualização

hospitalar devem adotar e/ou aprimorar mecanismos de controle e monitoramento internos, de modo a garantir que as metas pactuadas sejam atingidas.

A segunda proposição foi estabelecida com o propósito de examinar se a adesão à contratualização induz os gestores hospitalares a terem comportamentos proativos no processo de negociação de regras formais (indicadores, pontuações e metas) para a busca do equilíbrio institucional. Constatou-se que a perpetuação da estrutura do jogo (regras formais) que esta de acordo com os direcionadores estratégicos dos agentes (gestores locais do SUS e do HC) gerou padrões de comportamento *self-enforced*, evidenciando o surgimento de crenças compartilhadas.

Os gestores do HC passaram a atuar de forma proativa na pactuação dos elementos da contratualização para obtenção de recursos conforme o desempenho do HC. Utilização em maior proporção de metas qualitativas, aumento na pontuação dos indicadores com essa natureza de meta e redução da pontuação de indicadores quantitativos são evidências dessa atuação.

Tal atuação proativa não incluiu somente a estratégia de aumentar a probabilidade de garantir a obtenção dos recursos repassados por desempenho, mas também a de superar limitações existentes no ambiente intra-organizacional.

Na relação de agência existente no ambiente interno do HC, o Principal (Administração Superior do HC) é formado por dois grupos de interesses (gestores e corpo docente) que apresentam objetivos parcialmente diferentes (figura 14). A divergência de objetivos gera resistência de alguns membros do corpo docente do HC à implantação de SMDs em unidades clínicas por eles coordenadas.

Esses membros acreditam que a adoção de SMDs, principalmente o PGV, representa ingerência em suas atividades, uma vez que, caso esses sistemas fossem estabelecidos, os gestores poderiam exigir metas de desempenho alinhadas aos objetivos do PMI, mas que estivessem desalinhadas aos objetivos do corpo docente, principalmente os relacionados a ensino e pesquisa.

A resistência a implantação do PGV contribuiu para que a alta administração do HC optasse pela adoção de metas qualitativas no PMI, pois a falta de informações das unidades que não aderiram ao PGV prejudicou a estipulação de métricas quantitativas. Desse modo, as metas[123] qualitativas, que não demandam o aumento da produtividade operacional das

[123] Exemplos de metas qualitativas do PMI pactuadas em 2012: Apresentar informação do tempo médio de espera para agendamento; disponibilizar 100% dos protocolos de referência na *internet*; apresentar informação sobre o plano de elaboração de contrarreferência; apresentar informação sobre o percentual de exames

unidades do hospital para serem alcançadas (basta prestar a informação das ações que foram realizadas) serviram tanto para auxiliar na superação das divergências entre os grupos de principais quanto para a maior probabilidade de o HC obter a totalidade dos recursos repassados.

Os resultados observados sugerem uma oportunidade para a análise e/ou revisão da PRHE em hospitais escolas, que em geral apresenta em sua estrutura interna dois grupos de Principais (Gestores e Corpo Docente) na relação de agência. A divergência parcial dos objetivos desses grupos pode dificultar ou mesmo inviabilizar a pactuação de indicadores com natureza de meta quantitativa, direcionando a atribuição de maior parcela de pontuação a indicadores qualitativos, menos rígidos, que podem não atender às finalidades da PRHE.

Esse relaxamento pode vir a reduzir o comprometimento dos HE na satisfação das ações estratégicas[124] do PRHE, mesmo com progressivo aumento na porcentagem[125] de recursos repassados vinculados ao desempenho, caso os hospitais passem a pactuar excessivamente metas qualitativas, pouco desafiadoras.

Por fim, a estratégia de preferência por indicadores com metas qualitativas comprova que há diferença entre as regras em forma (Portaria nº 2.352/2004, que sugere a adoção de maior proporção e peso de indicadores quantitativos) das regras em uso (pactuação de maior proporção e peso de indicadores qualitativos). Essa diferença pode estar inibindo ou reduzindo a velocidade de convergência da mudança institucional nos HE na direção das diretrizes do PRHE, uma vez que, estudos como os de Reis (2011) e Lima e Rivera (2012) afirmam que não é certa a associação entre a contratualização e a qualificação assistencial e gerencial dos HEs.

Como limitação do estudo, destaca-se que a realização de entrevistas com os diversos gestores da alta administração do HC poderia ter aprimorado a confiabilidade e validade dos resultados, pois permitiria o aprofundamento das análises e maior compreensão das interações nas relações de agência existentes.

---

realizados para a Rede; apresentar relatório do número de projetos apresentados ao comitê de ética; apresentar informação sobre o nº de auxílios FAEPA para projetos de pesquisa; apresentar informação sobre o valor médio das AIH's; apresentar relatório de movimentação financeira dos bens de consumo; apresentar relatório de pesquisa de clima organizacional; apresentar atas de reuniões; apresentar informação de pesquisa de satisfação de ambulatório.

[124] Vide artigo 2º da Portaria 1.702 de 2004.

[125] A Portaria 1.702 de 2004 que cria o PRHE destaca que: "Anualmente, e por ocasião da renovação do Plano Operativo, deverá ser revisto o percentual do componente variável da orçamentação global mista, aumentando-a em pelo menos 5% sobre o percentual que incidiu sobre o valor de custeio fixo no período anterior, até o percentual máximo de 50% dos recursos previstos na orçamentação global mista."

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERNETHY, M.A.; VAGNONI, E. Power, Organizational Design and Managerial Behaviour. **Accounting, Organizations and Society**, v. 29, n. 3-4, 2004.

ABERNETHY, M. A.; CHUA, W. F.; GRAFTON, J.; MAHAMA H. Accounting and Control in Health Care: Behavioural, Organisational, Sociological and Critical Perspectives. In: CHAPMAN, C; HOPWOOD, A.; SHIELDS, M. **Handbook of Management Accounting Research**, Vol. 2. Elsevier,. p. 805-829, 2007.

ALVES, Adriano Bertoldo. **Desenho e uso dos sistemas de controle gerencial e sua contribuição para a formação e implementação da estratégia organizacional**. 2010. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade: Contabilidade) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Université de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12136/tde-27102010-235256/>. Acesso em: 2012/09/10.

AOKI, Masahiko. Endogenizing institutions and institutional changes. **Journal of Institutional Economics**, v. 3, n. 1, p. 1–31 , 2007.

AOKI, Masahiko. Institutions as cognitive media between strategic interactions and individual beliefs. **Journal of Economic Behavior & Organization**, v. 79, n.1-2, p. 20–34, 2011.

AOKI, Masahiko. **Toward a Comparative Institutional Analysis**. Cambridge: MIT Press, 2001.

AOKI, Masahiko. Understanding Douglass North in game-theoretic language. **Structural Change and Economic Dynamics**, v. 21, n. 2, p. 139–146, 2010.

ARTHUR, W.B. Competing technologies, increasing returns, and lock-in by historical events. **Economic Journal**, v. 99, p. 116–131, 1989.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Almedina. 2011. 279p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.000, de 15/04/2004a.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.006, de 27/05/2004. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 mai. 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.702/GM, de 17/08/2004c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.703/GM, de 17/08/2004d.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.352/GM, de 26/10/2004e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira. Brasília, MS; 2004f.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **A Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010: Uma análise do processo de implantação da contratualização**. Brasília-DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Análise do processo de contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos no SUS: dificuldades, perspectivas e propostas**. Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRIZOLA, J. B.; GIL C. R. R.; JUNIOR, R. C. Análise de desempenho de um hospital de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 50, n. 13, p. 7–22, 2011.

BROADBENT, J.; LAUGHLIN, R. Performance management systems: A conceptual model. **Management Accounting Research**, v. 20, n. 4, p. 283–295, 2009.

BROUSSEAU, E.; GARROUSTE, P.; RAYNAUD, E. Institutional changes: Alternative theories and consequences for institutional design. **Journal of Economic Behavior & Organization**, v. 79, n. 1-2, p. 3–19, 2011.

BROUSSEAU, E.; RAYNAUD, E. “Climbing the hierarchical ladders of rules”: A life-cycle theory of institutional evolution. **Journal of Economic Behavior & Organization**, v. 79, n. 1-2, p. 65–79, 2011.

CAMPOS, Luciana Spinpolo. **Organização da atenção básica à saúde e sistema de avaliação de desempenho econômico**: estudo de caso das unidades básicas de saúde vinculadas à Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto - USP. 2009. Dissertação (Mestrado em Administração de Organizações) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/96/96132/tde-05052009-153726/>. Acesso em: 2012/09/10.

CHIANG, A. C. **Matemática para economistas**. São Paulo: Mcgraw-Hill, 1982.

DAVID, P. Clio and the economics of QWERTY. **The American Economic Review**, v. 75, p. 332–337, 1985.

DIMAGGIO, P. J.; POWELL, W. W. The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields, **American Sociological Review**, v. 48, n. 2, p.147-160, 1983.

DITTERICH, R. G.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. v. 28, n. 4, p. 615-627, 2012.

EISENHARDT, K. M. Building Theories from Case Study Research. **Academy of Management Review**, v. 14, n. 4, p. 532–550, 1989.

ELDENBURG, L.; KRISHNAN, R. Management Accounting and Control in Health Care: An Economics Perspective In: CHAPMAN, C; HOPWOOD, A.; SHIELDS, M. **Handbook of Management Accounting Research**, v. 2. Elsevier, 2007. p. 859-883.

EUGÊNIO, T. J. B. Um Olhar Evolucionista para os Mecanismos Cognitivos Associados às Trocas Sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 29, n. 1, p. 71-78, 2013.

FERREIRA, S. R. V.; MENDONÇA, M. H. M. O programa de reestruturação dos Hospitais de Ensino (HE) do Ministério da Educação (MEC) no Sistema Único de Saúde (SUS): uma inovação gerencial recente. **Revista de Administração em Saúde**. v.44, n.11, p. 113-126, 2009.

FURUBOTN, Eirik; RICHTER, Rudolf. **Institutions and Economic Theory: The Contribution of the New Institutional Economics**, Michigan Press, 556p., 2000.

FRANCO-SANTOS, M.; LUCIANETTI, L.; BOURNE, M. Contemporary performance measurement systems: A review of their consequences and a framework for research. **Management Accounting Research**, v. 23, n. 2, p. 79–119, 2012.

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, p. 126-37, 2002.

GAGLIARDI, F. Institutions and economic change: A critical survey of the new institutional approaches and empirical evidence. **The Journal of Socio-Economics**, v. 37, n. 1, p. 416–443, 2008.

GERONIMO, Ilza, Garcia; TANAKA, Carmen, Silvia, Figueiredo; OLIVEIRA, Érica, Urias, dos Reis; PAULA, Maria do Rosário; CASARI, Sílvia, Augusta, Pinzan. O Programa Gestão à Vista no processo de melhoria contínua. **Revista Qualidade HC**, 2010.

GRAFTON, J.; LILLIS, A. M.; WIDENER, S. K. The role of performance measurement and evaluation in building organizational capabilities and performance. **Accounting, Organizations and Society**, v. 35, n. 7, p. 689–706, 2010.

GREIF, A. Commitment, Coercion and Markets: The Nature and Dynamics of Institutions Supporting Exchange. In.: MÉNARD Claude; SHIRLEY M. M. **Handbook of New Institutional Economics**. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, p. 727 – 786, 2008.

GREIF, A. Cultural Beliefs and the Organization of Society: A Historical and Theoretical Reflection on Collectivist and Individualist Societies. **Journal of Political Economy**, v. 102, n. 5, p. 912–950, 1994.

GREIF, A. **Institutions and the path to the modern economy: lessons from medieval trade**. Cambridge University Press, Cambridge, 2006.

GREIF, A. KINGSTON, K. Institutions: Rules or Equilibria? In: N. Schofield and G. Caballero (Ed.). **Political Economy of Institutions, Democracy and Voting**. Springer, 2011. cap. 1, p. 13-42.

GREIF, A.; LAITIN, D. D. A Theory of Endogenous Institutional Change. **American Political Science Review**, v. 98, n.4, p. 633-652, 2004.

GROENEWEGEN, J.; DE JONG, M. Assessing the potential of new institutional economics to explain institutional change: the case of road management liberalization in the Nordic countries. **Journal of Institutional Economics**, v. 4, n. 1, p. 51-71, 2008.

HIGGINS, I. Benchmarking in health care: review of the literature. **Australian Health Review**, v. 20, n. 4, p. 60-90, 1997.

HODGSON, G. M. Institutional Economic Thought. In: **International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences**, p. 7543-7550, 2001.

HODGSON, G. M. 'What Are Institutions?', **Journal of Economic Issues**, v. 1, n. 40, p. 1–25, 2006.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO. **Plano Operativo**. Ribeirão Preto, SP, 2008. 55 p.

_____. **Relatório de Gestão 1995-2003**. Ribeirão Preto, SP, 2003. 191 p.

_____. **Relatório de Gestão 2003-2010**. 2010a. Acessado em 20/12/12. Disponível em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload/Revista_Gestao.pdf> Acessado em: 22/08/2012.

_____. **Regulamento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**. 1979. Acessado em 04/02/12. Disponível em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/arqs/pdf/REGULAMENTO_VIGENTE_II.pdf> Acessado em: 22/08/2012.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. The Balance Scorecard: Measures that drive performance. **Harvard Business Review**, Jan-Feb, p. 71-79, 1992.

KINGSTON, C.; CABALLERO, G. Comparing theories of institutional change. **Journal of Institutional Economics**, v. 5, n. 2, p. 151–180, 2009.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da Excelência**, 1.ed. São Paulo: Editora Singular, 2009.

LAMBERT, R. A. Contracting theory and accounting. **Journal of Accounting and Economics**, v. 32, n. 1–3, p. 3–87, 2001.

LAPREGA, M. R.; ROCHA, J. S. Y. In: ROCHA, J. S. Y. **Manual de Saúde Pública & Saúde Coletiva no Brasil**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. Cap. 7, p. 77-90.

LEITE, J. D. B. L.; SOUZA, H. F.; NASCIMENTO, E. C. V. Contratualização na Saúde: proposta de um Contrato Único para os programas no Estado de Minas Gerais. **Revista de Administração em Saúde**. v. 12, n. 46, p. 15-22, 2010.

LILLIS, A. M.; MUNDY, J. Cross-Sectional Field Studies in Management Accounting Research-Closing the Gaps Between Surveys and Case Studies. **Journal of Management Accounting Research**; v. 17, p. 1-39, 2005.

LIMA, S. M. L.; RIVERA, F. J. U. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2507–2521, 2012.

MERCHANT, K. A. Budgeting and the propensity to create budget slack. **Accounting, Organizations and Society**, 10, p. 201-210, 1985b.

MICHELI, P.; KENNERLEY, M. Performance measurement frameworks in public and non-profit sectors. **Production Planning & Control**, v. 16, n. 2, p.125-134, 2005.

MILGROM, P.; ROBERTS, J. **Economics, Organization and Management**, Prentice Hall, 1992, 621 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **RESOLUÇÃO Nº196/96 versão 2012**. Disponível em : < http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf> Acessado em: 02/07/2012.

MOON, P.; FITZGERALD, L. Delivering the goods at TNT: the role of the performance measurement system, **Management Accounting Research** , n. 7 , p. 431 – 457, 1996.

NARANJO-GIL, D.; HARTMANN, F. How CEOs use management information systems for strategy implementation in hospitals. **Health Policy**, v. 81, n. 1, p. 29–41, 2007.

NORTH, D. C. **Institutions, Institutional Change and Economic Performance**, Cambridge: The University Press, 1990.

NORTH, D. C. **Transaction costs, institutions and economic performance**. International Center for Economic Growth, 1992.

NORTH, D. C. **Five propositions about institutional change**. p. 1–9, 1993. Disponível em: <http://128.118.178.162/eps/eh/papers/9309/9309001.pdf> Acessado em: 04/02/2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **How can hospital performance be measured and monitored?**. WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), August, 2003. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/74718/E82975.pdf> Acesso em: 26/06/2011.

OSTROM, E. **Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action**. Cambridge University Press, New York, 1990.

OTLEY, D. **Accounting control and organisational behaviour**, London, Heinemann, 1987.

PEREGO, P.; HARTMANN, F. Aligning Performance Measurement Systems With Strategy: The Case of Environmental Strategy. **Abacus**, v. 45, n. 4, p. 397–428, 2009.

PINDYCK, R. S; RUBINFELD, D. **Microeconomia**, 6. ed., São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2002.

PURBEY, S.; MUKHERJEE, K.; BHAR, C. Performance measurement system for healthcare processes. **International Journal of Productivity and Performance Management**, v. 56, n. 3, p. 241-251, 2007.

RAFIQUI, P. S. Evolving economic landscapes: why new institutional economics matters for economic geography. **Journal of Economic Geography**, v. 9, n. 3, p. 329–353, 2009.

REIS, A. A. C. **Entre a intenção e o ato: Uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004 – 2010)**. 2011. 447f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011.

RICHTER, R. The New Institutional Economics: Its Start, its Meaning, its Prospects. **European Business Organization Law Review**, v. 6, n. 2, p. 161–200, 2005.

SANDERSON, I., Performance management, evaluation and learning in 'modern' local government. **Public Administration**, v. 79, n. 2, p. 297–313, 2001.

SCRIVENS, E. International trends in accreditation. **International Journal of Health Planning and Management**, v. 10, n. 3, p. 165-181, 1995.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO – SES-SP. Hospitais de Ensino no Estado de São Paulo. 2007. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/gais-informa/outros-artigos-de-interesse/hospitais_ensino_seis_anos_acompanhamento_ras_especial.pdf> Acesso em: 22/04/2012.

VARIAN, Hal. **Microeconomia: conceitos básicos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

VOSS, C.; TSIKRIKTSIS, N.; FROHLICH, M. Case research in operations management. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 22, n. 2, p. 195-219, 2002.

WILLIAMSON, O. E. **Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications**. New York: Free Press, 1975.

WILLIAMSON, O. E. The new institutional economics: taking stock, looking ahead. **Journal of Economic Literature**, v.38, p. 595–613, 2000.

WOUTERS, M.; WILDEROM, C. Developing performance-measurement systems as enabling formalization: A longitudinal field study of a logistics department. **Accounting, Organizations and Society**, v. 33, n. 4-5, p. 488–516, 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e método**. Porto Alegre, Bokman, 2010.

APÊNDICE

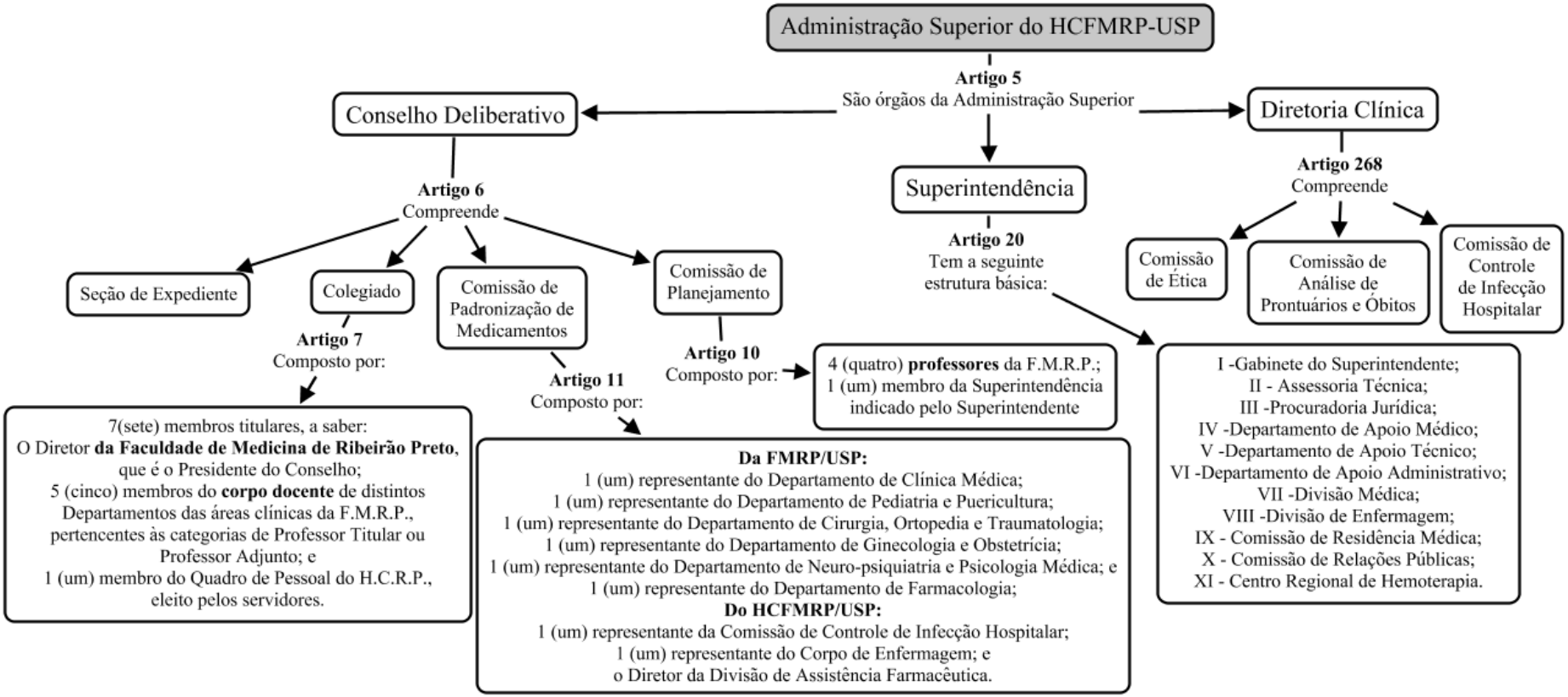


Figura A. 1 – Órgãos da Administração Superior do HC
Fonte: Elaborada pelo autor de acordo com o Regimento Interno do HC, datado de Abril de 1997.

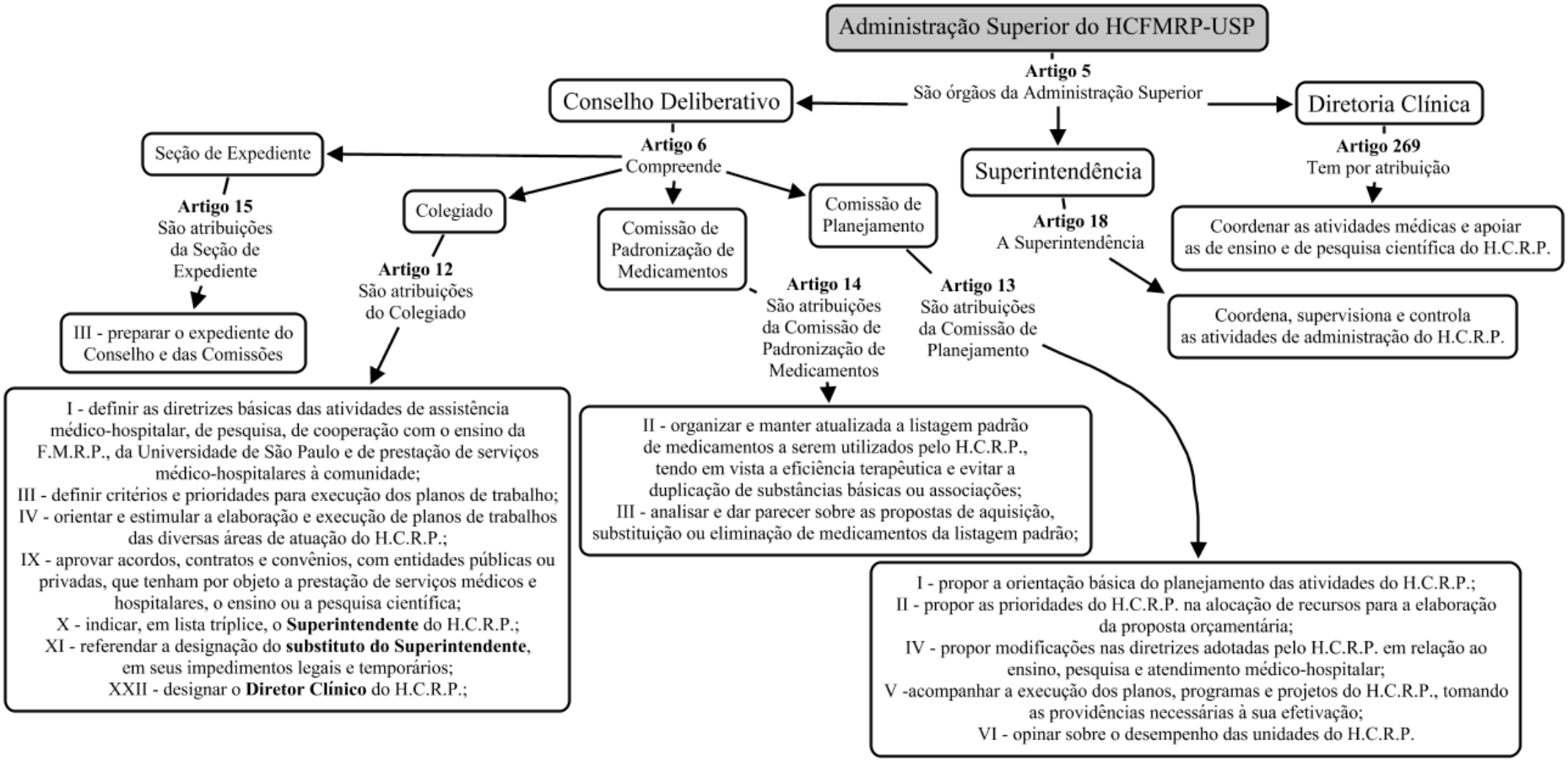


Figura A. 2 – Atribuições dos Órgãos da Administração Superior do HC
Fonte: Elaborada pelo autor de acordo com o Regimento Interno do HC, datado de Abril de 1997

Tabela A.1 - Abordagens da NEI para a análise de mudança institucional

Instituições como regras	Instituições como equilíbrios
1. Segundo North (1992, 1993) as Instituições são as "regras do jogo" (regras formais e informais) que são o conjunto de normas que disciplina as relações entre os indivíduos (por exemplo, contratos, regras políticas e econômicas, normas de comportamento e convenções). As organizações são os "jogadores", grupos de indivíduos ligados por objetivos comuns e dedicados a atividade executada com determinado fim (NORTH 1992 e 1993).	1. Greif e Laitin (2004) definem instituições como um sistema de elementos não físicos criado pelo homem e que são compostas por - normas, crenças, organizações e regras - exógenos de cada pessoa cujo comportamento ela influencia e que gera regularidades comportamentais. As organizações são elementos institucionais que influenciam o conjunto de crenças e normas que podem ser auto-coersivos (*self-enforcing*) na transação/operação em consideração (GREIF e LAITIN, 2004).
2. O custo de transação é essencial como elemento explicativo (RICHTER, 2005). As instituições são vistas como regras, sendo a mundaça institucional dependente da trajetória institucional (*path dependent*) e caracterizada por pequenos ajustes incrementais. (RAFIQUI, 2008)	2. Os custos de transação não desempenham nenhum papel explicativo nessa abordagem (RICHTER, 2005). As instituições são analisadas como equilíbrios. A mudança institucional representa a variação de um estado de expectativas comuns de comportamento associados a determinado equilíbrio, para outro estado de equilíbrio (RAFIQUI, 2008)
3. Emprega a Economia dos Custos de Transação. Ela compara situações institucionais estáticas (não analisa o processo de mudança) e considera que a estrutura de governança mais apta mantém o equilíbrio institucional até que uma variável exógena (tecnologia, as regras legais do jogo, valores, normas e preferências dos atores) se altere (GROENEWEGEN, e De JONG 2008).	3. A contribuição dessa abordagem reside em sua análise do processo de institucionalização por meio da teoria dos jogos evolutiva, na qual os atores maximizam seus *trade-offs* em cada movimento que fazem num processo de auto-organização[126] (GROENEWEGEN e De JONG 2008). Há o interesse de se responder: i) por que existem equilíbrios múltiplos e ii) como o processo de um equilíbrio pode ser compreendido (GROENEWEGEN e De JONG 2008).
4. Kingston e Caballero (2009) denominam essa abordagem de "*mudança institucional descentralizada*". A abordagem utiliza a Teoria dos Custos de Transação e os conceitos de racionalidade limitada e oportunismo das partes. A causa da mudança institucional é a mudança em parâmetros exógenos que afetam os custos de transação (KINGSTON e CABALLERO 2009).	4. A mudança institucional não é representada fundamentalmente pelas mudanças nas regras limitadoras de comportamentos, mas sobre a mudança de expectativas dos agentes (KINGSTON e CABALLERO, 2009). As instituições são identificadas por padrões de comportamento de equilíbrio, sendo esse estado de comportamento obtido quando os agentes são constrangidos, tanto de forma exógena (por exemplo: mudança tecnológica ou de preferências) quanto endógena (crenças dos jogadores sobre as expectativas da ação dos outros) (KINGSTON e CABALLERO, 2009).
5. As instituições são estudadas como representando regras exógenas e vinculativas que restringem as ações individuais (Brousseau, Garrouste e Raynaud, 2011). A mudança institucional resulta do confronto entre agentes patrocinadores de novas regras e os que favorecem o *status quo* (Brousseau, Garrouste e Raynaud, 2011). Greif e Kingston (2011) afirmam que essa abordagem é apropriada para o estudo do desenvolvimento institucional em uma estrutura já estabelecida, que possa reforçar as regras, por exemplo, uma democracia estável, na qual as instituições de apoio ao regime já estão estabelecidas.	5. Para Brousseau, Garrouste e Raynaud (2011), os pesquisadores que analisam as instituições como equilíbrio e entendem como endógena a evolução das crenças sobre o comportamento dos outros jogadores. Para Greif e Kingston (2011), essa abordagem é mais adequada ao estudo das bases institucionais de mercados, de estruturas políticas democráticas ou situações nas quais a aplicação das regras deva ser considerada como resultado endógeno, ao invés de serem tomadas como dadas, ou seja, aplicadas por si próprias.

Fonte: Elaborada com base em North (1992, 1993), Greif e Laitin (2004), Richter (2005), Rafiqui (2008), Groenewegen e De Jong (2008), Kingston e Caballero (2009), Brousseau, Garrouste e Raynaud (2011) e Greif e Kingston (2011).

[126] Ou seja, os atores minimizam seus custos na escolha de arranjos institucionais; dessa forma, suas crenças e ações orientam o sistema para um equilíbrio do jogo ao longo do tempo (GROENEWEGEN, e De JONG, 2008). Durante o processo de interação no jogo, os jogadores criam crenças compartilhadas sobre a estrutura do jogo, sendo suas percepções e preferências formadas endogenamente (AOKI, 2007).

Tabela A.2 - Quadro regulatório (Portarias, Decretos e Leis) que definem a política assistencial do SUS para Hospitais de Ensino

Anos	Normas Legais
1988	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Criação do Sistema Único de Saúde – SUS.
1990	Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 - regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 - dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS a sobre a alocação e o repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde.
1991	Resolução n. º 258, de 7 de janeiro de 1991 - aprova a **Norma Operacional Básica NOB/SUS 01/91**, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde. Criação oficial do **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)** pelo MS.
1992	Portaria nº 234, de 7 de fevereiro de 1992 - (**NOB – SUS/92**) tem como objetivos normalizar a assistência à saúde no SUS; estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema; e dar forma concreta e instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde.
1993	Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993 - estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, por meio da Norma Operacional Básica **NOB – SUS 01/93.**
1994	Criação do **Programa Saúde da Família (PSF)**. Primeiro documento oficial "Programa Saúde da Família: dentro de casa" e criação de procedimentos vinculados ao PSF e ao PACS na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).
1996	Portaria n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996 - Aprova, nos termos do texto desta portaria, a Norma Operacional Básica **NOB 1/96,** a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema.
1997	Publicação da Portaria MS/GM n.º 1.882 **-** criando o Piso de Atenção Básica (PAB). Publicação da Portaria MS/GM n.º 1.886 – determina as normas de funcionamento do PSF e do PACS.
1999	Portaria MS n.º 1.125/1999 - determina que os serviços ambulatoriais e hospitalares, prestados por unidades próprias dos Estados, sob gestão e gerência estaduais, passem a ser custeados, em adição aos recursos estaduais nelas aplicados, por meio de um valor mensal global a ser repassado pelo Ministério da Saúde a título de cofinanciamento.
2000	**Emenda Constitucional nº29,** de 13 de setembro de 2000 - altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.
2001	Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001 - "Norma Operacional da Assistência à Saúde — **NOAS/01**", ênfase na qualificação da atenção básica; incorporação das ações de saúde bucal no PSF.
2002	Portaria nº373, de 27 de fevereiro de 2002 - aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – **NOAS-SUS 01/2002,** que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Portaria n.º 312, de 30 de abril de 2002 - estabelece, para os hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, a **padronização da nomenclatura do Censo Hospitalar**. Portaria n.º 2048/GM, de 5 de novembro de 2002 - aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
2003	Portaria Interministerial n.º 562, de 12 de maio de 2003 - constituiu a Comissão Interministerial que tem como objetivo **avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil**, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor. Dentre os objetivos dessa Portaria destacam-se: i) definir ações voltadas para a melhoria da atual situação financeira estrutural, organizativa e de gestão por que passam os Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil; ii) definir o papel dos Hospitais Universitários e de Ensino junto aos sistemas locais de saúde e nível de complexidade visando a sua inserção definitiva e adequada no Sistema Único de Saúde, tendo em vista as peculiaridades assistenciais, de ensino e pesquisa dessas instituições; e iii) articular e integrar as ações para a reorientação e/ou formulação de uma política nacional destinada à atuação dos Hospitais Universitários e de Ensino no País.

Continua

Anos	Normas Legais
2004	Portaria interministerial n.º 1000, de abril de 2004 - estabelece os critérios de **certificação** como Hospital de Ensino. Portaria Interministerial n.º 1005, de maio de 2004 - define os **documentos** para a verificação do cumprimento dos requisitos obrigatórios relacionados aos incisos I a XVII do artigo 6º da Portaria Interministerial MEC/MS n.º 1.000, de 2004. Portaria Interministerial n.º 1006, de maio de 2004 - os Ministérios da Educação e da Saúde criam o **Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino** do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS. Portaria n.º 1.702, de agosto de 2004 - cria o **Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (PRHE)** no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Portaria n.º 1.703, de agosto de 2004 - destina recursos de **incentivo à contratualização** de Hospitais de Ensino Públicos e Privados. Portaria n.º 2.352, de outubro de 2004 - regulamenta a **alocação dos recursos financeiros** destinados ao processo de contratualização constante do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências.
2005	Portaria n.º 1082/GM, de 4 de julho de 2005 - extingue o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS. Em seu artigo 2º define que os recursos financeiros relacionados ao Incentivo serão **incorporados ao valor da contratualização** no âmbito dos Programas de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde e do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde
2006	Portaria GM/MS nº399, de 22 de fevereiro de 2006 - Divulga o **Pacto pela Saúde 2006** – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 - Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
2007	Portaria interministerial n.º 2.400, de outubro de 2007 - estabelece os requisitos para **certificação** de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino.
2010	Decreto n.º 7.082 de janeiro de 2010 que institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF.
2011	Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011 - **regulamenta a Lei no 8.080**, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011 - aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
2012	Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 - Regulamenta a Emenda Constitucional nº 29, de 2000. **Consulta pública nº 20, de 1º de novembro de 2012 - PORTARIA nº XX** (Regulamenta as diretrizes operacionais da contratualização hospitalar no âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS)). **Em seu artigo 50** Ficam revogadas as Portarias nº 1.702/GM/MS, de 17 de agosto de 2004, nº 1.703/GM/MS, de 17 de agosto de 2004, nº 2.352/GM/MS, de 26 de outubro de 2004, nº 1.721/GM/MS, de 21 de setembro de 2005, nº 635/SAS/MS de 10 de novembro de 2005, nº 3.123/GM/MS, de 7 de dezembro de 2006, nº 1.044/GM/MS, de 1 de junho de 2004, nº 287/SAS/MS, de 28 de junho de 2004, nº 94/SAS/MS, de 14 de fevereiro de 2005, nº 852/GM/MS, de 7 de junho de 2005 e o§ 2º do art. 2º, da nº 161/GM/MS, de 21 de janeiro de 2010.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Conclusão

Tabela A.3 - Eventos históricos relacionados direta e indiretamente ao SMD do HCFMRP-USP

Anos	Informações retiradas dos documentos disponibilizados
1978	Inauguração do HCFMRP-USP unidade Campus com estrutura de 525 leitos. Nesse período, o Hospital realizava, em média, 700 consultas diárias.
1987	Nesse ano o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo vinculou-se à Secretaria da Saúde**.**
1989	Em 1989, o HCFMRP-USP é inserido no Sistema Único de Saúde – SUS.
1992	De acordo com os relatórios disponibilizados pelo GAD, o ponto de partida pela busca da qualidade e excelência no HCFMRP-USP foi em 1992, quando a Assessoria Técnica traçou um modelo de PCQT – Programa de Controle de Qualidade Total no âmbito do Hospital.
1993	Ano do estabelecimento de Convênio com a Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência – FAEPA, que é uma fundação com autonomia administrativa e financeira que desenvolve um conjunto de atividades destinadas ao aprimoramento funcional do HCFMRP-USP. Dentre essas atividades destaca-se, principalmente, a de auxilio e fomento das atividades fins do hospital, por meio, dentre outros, de convênios e contratos com terceiros para obtenção de recursos financeiros. O Convênio prevê, ainda, que a fundação e o hospital proporcionarão, reciprocamente, apoio técnico, administrativo e financeiro, dentro de programas estabelecidos em conjunto. Os benefícios desse convênio são: a ampliação das fontes de recursos financeiros, o gerenciamento de recursos que possibilitem o investimento em custeio e modernização do hospital, impacto positivo na assistência médico hospitalar e flexibilidade e descentralização administrativa. Implantação do Programa de Controle de Qualidade Total – PCQT
1995	Em 1995, o HC instituiu o Programa de Qualidade Total, que tinha por objetivo melhorar a produtividade hospitalar por meio da sensibilização de seus funcionários. Foram realizadas palestras e grupos de estudo com vistas a discutir e refletir sobre as condições atuais da organização e sugerir formas de melhorá-las. Dentro desse programa e sob a coordenação da Assessoria Técnica e em parceria com a FEARP-USP, a Divisão de Material foi a área escolhida para desenvolvimento do módulo "Diagnóstico Avaliativo e Planejamento". O Relatório de Atividades de 1995 destacou que, "*conforme determinação anterior do Tribunal de Contas do Estado foi constituído, em julho/95, o Grupo de Controle Interno que tem, dentre as suas atribuições, identificar irregularidades e ilegalidades, orientar o perfeito cumprimento das normas estabelecidas, possibilitando à Administração, uma visão mais detalhada do funcionamento da máquina administrativa, bem como correções e mudanças que devam ser efetuadas, visando ao melhor desempenho da Instituição e melhor qualidade nos serviços prestados à população.*" Com o objetivo de assessorar a Superintendência na formulação e controle do plano de ação do HCRP, foi constituída a Unidade Planejamento. Essa unidade é composta por representantes de alguns Departamentos Clínicos e da Assessoria Técnica. Dentre suas atribuições consta: avaliar, de forma global, as solicitações de equipamentos médico-hospitalares e materiais permanentes, com vistas a uma maior racionalização administrativa. Foi constituída a Comissão de Informática, composta por Docentes da FMRP e servidores da Assessoria Técnica, com o objetivo de efetuar um diagnóstico completo das necessidades da Instituição e, assim, formular uma política global de informatização.
1996	O Relatório de Atividades do ano destaca que "*Teve prosseguimento o Programa de Qualidade Total iniciado pela Divisão de Material. Na primeira etapa foi definida a Missão da Unidade, em consenso com as demais unidades do Hospital. O Programa não trouxe os resultados esperados para o período. Deverá ser suspenso, para reativação no próximo ano*". Além disso, destacou que "*Foi viabilizada parceria entre este Hospital e a Faculdade de Economia e Administração – FEA/USP, por meio de um convênio "guarda-chuva". A referida Faculdade contará com o Hospital das Clínicas como campo de atuação para seus alunos e professores, e o Hospital, que apresenta uma estrutura extremamente complexa, inclusive do ponto de vista gerencial, contaria com o apoio profissional altamente gabaritado e atualizado, buscando desta forma, também, a excelência administrativa. Inicialmente foram implementados programas na Divisão de Assistência Farmacêutica e Seção de Transportes*".

Continua

Anos	Informações retiradas dos documentos disponibilizados
1998	Em 1998, o Centro Regional de Hemoterapia do HC implantou um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) com vistas a melhorar os processos de gestão. O Relatório de Atividades de 1998 destaca que "*a implantação do Centro de Educação e Aperfeiçoamento Profissional em Saúde – CEAPS representou um marco na história do Hospital e tem por finalidade a implementação de programas de formação, treinamento, habilitação, aprimoramento e especialização do profissional da saúde, objetivando a capacitação para a atenção à saúde integral do paciente*."
1999	Início da utilização do Sistema Integrado de Administração Financeira para Estados e Municípios – SIAFEM, no HCFMRP-USP, implantado pela Secretaria da Fazenda, para gerenciar os recursos oriundos do Tesouro do Estado. Certificação ISO 9002/94 do Centro Regional de Hemoterapia do HCFMRP-USP.
2000	Em janeiro de 2000 foi criada oficialmente a Central Única de Regulação Médica (CURM) para urgências e emergências. A CURM, mediante avaliação prévia da gravidade dos pacientes e da disponibilidade de recursos, é responsável por organizar o fluxo de atendimentos das urgências e emergências, entre os hospitais, visando satisfazer as diretrizes de regionalização e hierarquização do SUS. Segundo o Relatório de Gestão 1995-2002, a CURM auxiliou na redução das taxas de ocupação dos leitos da Unidade de Emergência.
2001	A Portaria nº 196/2001, do Superintendente do HC, instituiu o Centro Integrado da Qualidade – CIQ e criou os Serviços de Gerenciamento da Qualidade, Gerenciamento Ambiental e Gerenciamento de Risco. O CIQ tem por objetivo garantir a assistência à saúde dos clientes e pacientes utilizando o processo de melhoria contínua da qualidade, promovendo a saúde, minimizando os riscos com produtos e medicamentos, prevenindo impactos ambientais negativos com a realização de suas práticas de forma ecologicamente correta. Nesse ano, o HCFMRP-USP passa a participar da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela. O HCFMRP-USP foi contemplado com o Prêmio de Qualidade Hospitalar - Categoria Nacional, pelo Ministério da Saúde. A premiação é o resultado da avaliação anual feita pelo Ministério com os usuários de toda a rede conveniada. A avaliação sobre a satisfação dos usuários foi realizada por meio de cartas enviadas às pessoas que estiveram internadas em toda a rede, no último ano.
2002	Em 2002, o Hospital das Clínicas adere à metodologia de qualidade de acordo com os padrões estabelecidos pela Organização Nacional de Acreditação – ONA. A iniciativa foi elaborada pelo Centro Integrado da Qualidade - CIQ do HCFMRP-USP; contudo, o projeto de certificação ONA nível I não foi concluído, pois esse processo de busca da qualidade apresentava, porém, alguns pontos desfavoráveis, como o alto investimento financeiro e a metodologia de difícil adesão. Certificação ISSO 9002/94 do Laboratório Central de Patologia Clínica do HCFMRP-USP.
2003	Nesse ano, conforme o Relatório de Atividades, a administração do HC realizou vários debates sobre o planejamento da Instituição, por meio de dois Fóruns, um interno intitulado "Gestão do Hospital Universitário - o Ensino, a Pesquisa, a Assistência e a Inserção no SUS - o HCFMRP-USP e o SUS", e outro externo, "O SUS e o Papel do Hospital Universitário na Rede de Atenção à Saúde - O SUS e o HCFMRP-USP", culminando com um documento sobre a Missão do Hospital. Assim, abriu-se um leque para futuras discussões. Destaca-se que o Relatório de Atividades de 2003 foi o primeiro Relatório a apresentar seção sobre Custos Hospitalares. Ademais, o Relatório destaca que "*o Sistema de Custeio por Absorção representa o instrumento mais tradicional para a Gestão dos Custos Hospitalares*", sendo o utilizado pelo hospital.
2004	O HCFMRP-USP obteve parecer favorável no processo de Certificação dos Hospitais de Ensino, em auditoria realizada em novembro de 2004. (O Processo de Certificação de Hospital de Ensino foi criado em abril de 2004) Nesse ano, foi implantada a Comissão de Auditoria para o controle de estoque nos centros de custos de gerenciamento de estoque e subestoque, tanto do Campus quanto da Unidade de Emergência.

Continuação

Anos	Informações retiradas dos documentos disponibilizados
2005	Em 2005, o Hospital realizou um Ciclo de Palestras sobre Gestão da Informação Hospitalar, com a finalidade de conscientizar os servidores sobre a importância das informações geradas e gerenciadas na Instituição. A partir de julho de 2005, no âmbito do processo de contratualização conduzido pelo Ministério da Saúde e após a apresentação de seu Plano Operativo Anual, o Hospital passou a fazer jus ao fator incentivo à Contratualização (R$608.163,18/mês x 6 = R$3.648.979,08). (Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no Âmbito do SUS/MS – Criado em maio de 2004). O Plano de Metas Institucional foi estabelecido a partir do processo de contratualização, ou seja, após o início das avaliações trimestrais a partir de agosto de 2005. Logo, estima-se que o Plano de Metas Institucional foi criado em agosto de 2005, com a finalidade de definir os indicadores e metas setoriais e institucionais de desempenho. A Secretaria de Estado da Saúde, através da Coordenadoria de Planejamento da Saúde – CPS, desenvolveu o Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE) - Dezembro de 2005. O HCFMRP-USP adotou o SAHE no mesmo ano.
2006	Em 2006, foi criado o Programa Gestão à Vista, fortalecendo junto a todas as unidades do hospital a definição dos indicadores e metas setoriais e institucionais. Implantado o Plano de Metas Institucional, com validade de um ano. O PMI define os indicadores e metas institucionais de desempenho. Criada a Comissão Permanente de Acompanhamento do Contrato – CPAC, que é um importante canal de comunicação do HC com as partes interessadas. Dessa Comissão participam representantes dos alunos e professores da FMRP, dos usuários, da Secretaria Estadual da Saúde, da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, além da Administração do HC. Nas reuniões do CPAC, realizadas a cada três meses, é avaliado o cumprimento das metas estabelecidas em seu contrato de gestão com o SUS, além de discussão de problemas e projetos de interesse de todos. Os gestores do HCFMRP-USP, por meio da Assessoria Técnica, passam a realizar uma vez por ano, com cada Departamento Clínico do Hospital, a análise do desempenho operacional e estratégico.
2007	Em junho de 2007, o Hospital aderiu ao Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar – CQH, que tem como objetivo a melhoria contínua da qualidade do atendimento nos serviços de saúde, estimulando a participação e autoavaliação dos serviços, incentivando a mudança de atitudes e de comportamentos e o trabalho coletivo, principalmente de grupos multidisciplinares, nos processos de atendimento. O CQH é mantido pela Associação Paulista de Medicina e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e administrado pela Sociedade Médica Paulista de Administração em Saúde. Até agosto de 2007, o Hospital das Clínicas não tinha definido o significado de Missão, Visão e Valores, e, para isso, foram realizado encontros dos diretores para obter essa definição. O Programa Gestão à Vista (PGV), iniciado em 2007, tem como objetivo a criação de indicadores de desempenho para o acompanhamento das atividades de todas as Unidades do Hospital. A partir de 2007, foram ampliados os Centros de Custos auditados pela Comissão de Auditoria, de 6 para 12, sendo acrescentados os centros de custos de estoque e subestoque de material consignado, os da Unidade de Emergência e os subestoque e medicamentos. Assinatura do Convênio 226/2007 de Assistência à Saúde com o Governo do Estado de São Paulo, por meio de sua Secretaria de Estado da Saúde. (Contratualização do HCFMRP-USP) A validade do convênio era de 5 anos. I Encontro do Programa Gestão à Vista.

Continuação

Anos	Informações retiradas dos documentos disponibilizados
2008	Para o desenvolvimento das atividades de gerenciamento da qualidade foram criados o Comitê da Qualidade e os Subcomitês abrangendo todos os processos da Instituição: Urgência e Emergência, Internação, Cirurgias, Gestão de Pessoas, Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Apoio Técnico, Apoio Administrativo e Atendimento Ambulatorial. Realização do primeiro curso para disseminação institucional da metodologia do CQH e levantamento de pontos fortes e das oportunidades de melhoria do HC. O Gerenciamento da Qualidade vem coordenando, desde 2008, os Subcomitês da Qualidade, que têm por objetivos: disseminar na Instituição a cultura da qualidade, envolvendo os profissionais no "Programa Qualidade HC", e identificar no Roteiro de Visitas do CQH as questões pertinentes a cada processo, além de elaborar planos de ação para o cumprimento dessas questões. Implantação do Sistema de Faturamento Hospitalar pelo HCFMRP-USP, que objetiva gerenciar e automatizar o processo de faturamento, em função dos atendimentos ambulatoriais, de internação e procedimentos diversos. Inauguração do Hospital Estadual de Ribeirão Preto (Hospital de nível de atendimento secundário), hospital de retaguarda para o HCFMRP-USP. Elaboração do Planejamento Estratégico (PE) e a definição da Missão, Visão e Valores do hospital. Foram estabelecidos, no PE, 18 objetivos estratégicos, 35 planos de ação, indicadores e metas. O PE tem por objetivo otimizar os recursos para garantir a eficiência e eficácia dos serviços prestados, além de proporcionar melhorias nas atividades de Ensino, Pesquisa e Assistência integral e humanizada à população, garantir a qualidade dos serviços prestados e integrar as ações de forma participativa entre o HCFMRP-USP e a FMRP-USP, adequando a capacidade de atendimento à demanda do SUS. Conforme apresentado no Relatório de Gestão 2003-2010, os benefícios do Planejamento Estratégico são: (i) Estabelecimento das diretrizes estratégicas; alinhamento dos recursos e esforços com foco nas questões estratégicas; (ii) Visão geral do conjunto; agilidade nas decisões, melhoria da comunicação institucional e auxílio nas tomadas de decisões dos processos gerenciais; (iii) Responsabilização de todos; construção do PE de forma transparente, com validação das propostas por meio de discussões conjuntas e consensuais; (iv) Avaliação mensurável de resultados; pactuação dos indicadores e metas traçadas; e (v) Monitoramento e avaliação contínua do setor administrativo; acompanhamento sistemático da evolução dos projetos. O PE tem validade de 2 anos e é acompanhado semestralmente. II Encontro do Programa Gestão à Vista. Segundo o Relatório de Atividade, de 2008 do HC, esse encontro teve como objetivo a conscientização dos profissionais sobre a importância da utilização de indicadores na Gestão Hospitalar e apresentação da Revista Eletrônica do programa.
2009	Inaugurado o Centro de Referência à Saúde da Mulher de Ribeirão Preto – MATER (nível de atendimento secundário), hospital de retaguarda para o HCFMRP-USP. Lançada a Revista Qualidade HC, iniciativa da Assessoria Técnica. A revista tem o intuito de registrar e elaborar um acervo de boas práticas em gestão hospitalar e divulgar as ações adotadas pelos profissionais que atuam no Hospital e seus resultados para o aperfeiçoamento da atenção hospitalar. O HCFMRP-USP, com o objetivo de padronizar o planejamento e acompanhamento da execução de novos projetos, passa a utilizar a ferramenta Gerenciamento de Projetos. (Considerados como melhores práticas em Gestão, pelo *Project Management Institute*). Início do processo de Avaliação de Desempenho Funcional (Decreto n.º 54.779), a ser realizado a cada dois anos. Implantação do Formulário de Inspeção de Recebimento (FIR) pelas Divisões de Material e de Assistência Farmacêutica, com o objetivo de avaliar as entregas efetuadas pelos fornecedores, por meio de atribuição de pontos. De acordo com sua pontuação, o fornecedor é classificado como: bom, satisfatório e crítico. Foi criado o grupo de auditores internos, constituídos por profissionais de diferentes áreas do hospital. O grupo realiza auditorias em todos os setores da instituição, com objetivo de avaliar e registrar os processos de trabalho e as ações em qualidade. As não conformidades identificadas geram uma Solicitação de Ação Corretiva e Preventiva (SACP), cabendo ao setor notificado elaborar um plano de ação com a finalidade de sanar as não conformidades detectadas, cuja execução será monitorada pelo grupo de auditores. III Encontro do Programa Gestão à Vista. Segundo o Relatório de Atividades de 2009 do HC, o encontro teve como objetivo a conscientização dos profissionais sobre a importância da utilização de indicadores na Gestão Hospitalar.

Continuação

Anos	Informações retiradas dos documentos disponibilizados
2010	Primeira visita dos avaliadores do Núcleo Técnico do CQH. Nessa visita, os avaliadores atestaram a conformidade das atividades do hospital com as diretrizes do Programa. Conquista do Selo de Conformidade do Programa CQH (Compromisso com a Qualidade Hospitalar), em janeiro de 2010. Inaugurado o Hospital Estadual de Américo Brasiliense (nível de atendimento secundário), hospital de retaguarda para o HCFMRP-USP. Estabelecimento de novas diretrizes para o Programa Gestão à Vista (PGV). Início da utilização do *software Microsoft Project* para a criação de Cronogramas, o que gerou mais precisão na elaboração, pois, anteriormente, esses eram elaborados em tabelas. IV Encontro do Programa Gestão à Vista. Segundo o Relatório de Atividades de 2010 do HC, o encontro teve como objetivo a conscientização dos profissionais sobre a importância da utilização de indicadores na Gestão Hospitalar, com a exposição de pôsteres durante o evento.
2011	Nesse ano, todos os centros de custos de estoque e subestoque são auditados pela Comissão de Auditoria. "As auditorias são realizadas anualmente em uma amostragem de 5% dos itens, com base em informações obtidas no Sistema de Gestão de Materiais". Houve a elaboração do Planejamento Estratégico (PE) versão 2011-2014, com o estabelecimento das estratégias institucionais. O PE foi realizado de forma participativa, com representantes de todos os segmentos da Instituição, em oito encontros. A primeira oficina foi destinada à análise dos ambientes interno e externo, discutidos os pontos fortes, fracos, as oportunidades e as ameaças. Além disso, cada objetivo estratégico e respectivas ações foram descritas segundo a metodologia 5W2H. O portfólio final do PE apresenta os Planos de Ações em conformidade com a metodologia de Gerência de Projetos, com definição de metas, indicadores de desempenho e cronograma. Cada Plano de Ação conta com uma equipe e um coordenador responsável. A Seção de Custos da Assessoria Técnica realizou reuniões setoriais que atualizaram a composição dos grupos de centros de custos do hospital. Com base nessa composição, encontra-se em desenvolvimento um sistema informatizado de Gestão de Custos Hospitalares.
2012	Recertificação do CQH em fevereiro de 2012. Assinatura do Termo Aditivo do Convênio 226/2007, prorrogando sua validade por mais um ano.
2013	Assinatura do Termo Aditivo de Reti-Ratifiação n.º01/2013 ao Convênio de Assistência à Saúde, celebrado em 28/12/2007, visando retificar a cláusula sétima do Convênio "Do Preço" que atualizou o valor das verbas repassadas para o HCFMRP-USP.

Fonte: Elaborada pelo autor, com base nos documentos fornecidos pelo HC.

Conclusão

Tabela A. 4 - Indicadores de desempenho do PMI

Categoria	Subcategoria	Nº	Indicador	O que mede
I - Atenção à Saúde	Ambulatório	1*	Porcentagem de vagas disponibilizadas de 1ªs consultas da rede	**O nível de abertura de novas vagas ambulatoriais para a rede.**
		2*	Porcentagem de consultas 1ª vez	**O nível de abertura de novas vagas ambulatoriais para a rede.**
		3*	Taxa de agendamento das vagas disponibilizadas para as DIR's	**O funcionamento do sistema de agendamento.**
		4*	Taxa de agendamento de vagas **novas** disponibilizadas para as DIR's	**O funcionamento do sistema de agendamento.**
		5	Porcentagem de faltas no Ambulatório	NL
		6	Aproveitamento do Ambulatório // Média de Antedimento Médico Agendado por Consultório (2006) // Média de Consultas Médicas Agendadas por Consultório (2008)	O nível de utilização da capacidade disponibilizada no ambulatório.
		7*	Protocolos de referência e contrarreferência	**O funcionamento de organização da rede.**
		8*	Elaboração de Protocolos de referência	**O funcionamento de organização da rede.**
		9*	Plano de elaboração dos Protocolos de contrarreferência	**O funcionamento de organização da rede.**
		10	Taxa de alta do paciente em seguimento (somente consulta médica)	Avaliar a quantidade do encaminhamento médico no HC.
		11	Índice de absenteismo de pacientes agendados (em seguimento)	O nível de utilização da capacidade disponibilizada no ambulatório.
		12*	Tempo médio para agendamento	**O tempo médio de espera para agendamento de pacientes em demanda reprimida para consultas de 1ª vez.**
	Internação	13	Número de Internações Programadas	NL
		14*	Taxa de ocupação operacional – Campus e U.E.	**O nível de utilização dos leitos hospitalares disponíveis, cadastrados no SUS.**
		15	Média de permanência – Campus e U.E. (dias)	O tempo médio que o paciente permanece internado no hospital.
		16	Taxa de Infecção Hospitalar Geral	NL
		17	Taxa de Necrópsia	Representa um melhor controle de qualidade médico-hospitalar disponível.
	Exames	18*	Percentual de exame SADT – realizados para a Rede - Paciente Externo	**O nível de paticipação da Instituição na rede**
		19*	Percentual de exames de média complexidade realizados para a Rede - Paciente Externo	**O nível de paticipação da Instituição na rede**
		20*	Percentual de exames de alta complexidade realizados para a Rede - Paciente Externo	**O nível de paticipação da Instituição na rede**

Continua

Categoria	Subcategoria	Nº	Indicador	O que mede
I - Atenção à Saúde	Cirurgias	21	Média mensal de cirurgia por sala – Campus + U.E.	A utlização das salas cirúrgicas disponíveis, excluindo as bloqueadas por reforma.
		22	Taxa de Parto Vaginal após cesárea anterior	A qualidade assistencial por meio do número de partos vaginais.
		23	Taxa de Ocupação das Salas Cirúrgicas - Campus // Taxa de Ocupação OPERACIONAL das Salas Cirúrgicas - Campus (2011)	A utilização das salas cirúrgicas disponíveis.
	Urgência	24	Taxa de internação da U.E.	Número de internações em relação aos pacientes atendidos na U.E.
		25	Porcentagem de paciente regulado para U.E.	Número de pacientes novos encaminhados para a U.E.
II - Ensino e Pesquisa		26	Registro de horas/homem/treinamento	O interesse da Instituição na capacitação de Recursos Humanos.
		27	Número de funcionários treinados	O interesse da Instituição na capacitação de Recursos Humanos.
		28	Percentual de funcionários treinados por classificação de área	O interesse da Instituição na capacitação de Recursos Humanos.
		29	Programa Global de Estágio não Médico	NL
		30	Número de projetos apresentados ao Comitê de Ética em Pesquisa.	O interesse da Instituição na pesquisa.
		31	Número de Auxílios FAEPA para Projetos de Pesquisa	O interesse da Instituição na pesquisa.
		32 *	Residência na Rede Básica e Secundária de Serviços de Saúde Regional (2005) // Elaborar Programa de Inserção de Residência na Rede Básica e Secundária de Serviços de Saúde Regional (2006) // Residência na Rede Básica e Secundária de Serviços de Saúde Regional (2007) // Médicos residentes que participam de Programas Extramuros (2008)	**Inserção do residente no Sistema Único da Saúde – rede primária e secundária de atenção a saúde**
		33	Número de Teses defendidas pelos Departamentos Clínicos	Grau de capacitação de recursos humanos (*stricto-sensu*) desenvolvido pela Instituição

Continuação

Categoria	Nº	Indicador	O que mede
III - Gestão Hospitalar	34	Atas de reuniões da Comissão Intra-hospitalar de Transplante; Comissão de Análise de Prontuário e Óbitos; Comissão de Padronização de Medicamentos; Comissão de Ética Médica; Equipe Gestora, Conselho Deliberativo, Comitê de Ética em Pesquisa , Comitê Assessor de Materiais, HC Legal; Equipe de Planejamento – U.E.	Demonstrar que a Instituição tem Comissões formalizadas e organizadas.
	35	Relatório de Custos (2005) // Apresentar Relatório de Custos (2006) // Apresentação de Relatório de Custos e Faturamento (2007) // Relatório de Custos e Faturamento (2008) // Faturamento Hospitalar e Ambulatorial (2009)	Demonstrar que a Instituição controla os custos.
	36	Índice de Faturamento Hospitalar	Acompanhamento no processo de Faturamento Hospitalar.
	37	Índice de Faturamento Ambulatorial	Acompanhamento no processo de Faturamento Hospitalar.
	38	Índice de Absenteísmo de RH // Índice de Abscenteísmo se Servidores (2009)	O absenteísmo dos Servidores.
	39	Relatório de Eventos Adversos e Queixas Técnicas	Demonstrar que a Instituição controla os eventos adversos ocorridos.
	40	Avaliação anual de satisfação dos servidores (2005) // Implantação de Avaliação Anual de Satisfação dos Servidores (2006) // Avaliação anual de satisfação dos servidores (2007) // Implantação de Pesquisa de Clima Organizacional (2008) // Pesquisa de Clima organizacional (2009)	O nível de satisfação dos servidores, através de questionários aplicados.
	41	Valor médio (por especialidade) das AIH's apresentadas	Acompanhamento no processo de Faturamento Hospitalar - SIH/SUS.
	42	Relatório de Movimentação Financeira dos Bens de Consumo (Tesouro do Estado de São Paulo)	Acompanhar a movimentação financeira dos bens de consumo.
IV - Comunidade e Humanização	43	Taxa de Resposta da Ouvidoria // Relatório de análise crítica por área - Ouvidoria (2009)	Demonstra que a Instituição se preocupa com seus clientes.
	44	Avaliação Anual de Satisfação dos Pacientes - Ambulatório e Enfermarias (2005) // Implantação de Avaliação Anual de Satisfação dos Pacientes (2006)	O nível de satisfação dos pacientes, por meio de questionários aplicados.
	45	Pesquisa de Satisfação do Ambulatório	O nível de satisfação dos pacientes, por meio de questionários aplicados.
	46	Pesquisa de Satisfação da Enfermaria (Campus + U.E.)	O nível de satisfação dos pacientes, por meio de questionários aplicados.
	47	Auditorias Internas - Implantação da Metodologia de Qualidade Hospitalar - CQH	Implementação do Programa de Qualidade.
	48	Relatórios Padronizados do CQH elaborados pelos subcomitês	Implementação do Programa de Qualidade.
	49	Programa de Humanização e Público Atendido	O interesse da Instituição em atender os clientes pautada no respeito a vida humana.
	50	Relatório de Ações Sócio-Ambientais	Relata as ações de sustentabilidade.

Fonte: Elaborada pelo autor com base nos Planos Operativos do HC de 2005 a 2008. E nas atas da CPAC de 2005 a 2012.

Tabela A. 5 - Indicadores de desempenho do PGV

Área:	Indicador 1	Indicador 2	Indicador 3	Indicador 4	Indicador 5	Indicador 6	Indicador 7
Divisão de Assistência Farmacêutica	Divisão de Assistência Farmacêutica	Divisão de Assistência Farmacêutica	Divisão de Assistência Farmacêutica	Divisão de Assistência Farmacêutica	Divisão de Assistência Farmacêutica	Divisão de Assistência Farmacêutica	Taxa de medicamento entregues fora do prazo
Serviço de Higiene e Limpeza	Absenteísmo do Servio de Higiene e Limpeza	Número de Reclamações/Não conformidades do SHL	Avaliação dos Serviços Prestados - Guima Conseco (Nº reclamações - Enfermarias)	Avaliação dos Serviços Prestados - Guima Conseco (Nº reclamações - Ambulatório	Avaliação dos Serviços Prestados - SHL (*Check-List*)	Avaliação dos Serviços Prestados - Empresa Terceirizada (*Check-List* - Enfermarias)	Avaliação dos Serviços Prestados - Empresa Terceirizada (*Check-List* - Ambulatório)
Divisão de Material	Percentual de itens de estoque na falta	Percentual de resolutividade das faltas	Percentual de entregas com atraso	Índice de avaliação de desempenho de fornecedores	Percentual de variação de preços no período	Índice de não conformidade no inventário do Almoxarifado	-
Centro de Reabilitação - CER	Percentual de Atendimento de pacientes com UPP e qual origem desta demanda (a)	Percentual de Atendimento de pacientes com UPP e qual origem desta demanda (b)	Número de atendimento ambulatorial realizados no CER	Percentual de pacientes com UPP por estágio	-	-	-
Centro de terapia intensiva adulto	Incidência de Extubação acidental no CTI adulto - campus	Incidência de perda de cateter venoso central no CTI Adulto - Campus	Incidência de perda de cateter para monitorização de PAI - Campus	Incidência de UPP Importada e Adquirira no CTI - Campus	-	-	-
SESMT - Campus	Número de consultas realizadas pelo SESMT - Campus	Número de acidentes de trabalho - Campus	Número de consultas realizadas pelo SESMT - EU	Número de acidentes de trabalho - EU	-	-	-

Continua

Área:	Indicador 1	Indicador 2	Indicador 3	Área:	Indicador 1	Indicador 2
AT-4.3 - Unidade de Desenvolvimento de Sistema e Administração de Banco de Dados	Quantidade de erros em novos sistemas de informação	Percentual de manutenção nas atividades do desenvolvimento de sistemas	Número de projetos utilizando a metodologia de gerenciamento de projetos	**Centro Integrado da Qualidade**	Número de notificações relacionadas aos produtos recebidos pelo CCG	Número de notificações de eventos adversos relacionados à Assistência ao Paciente recebidas pelo GR.
Centro de Recursos Humanos	**(2 indicadores)** Índice de rotatividade na Instituição em % - HCRP **e** FAEPA	Tempo médio de execução das atividades para aplicação de medidas disciplinares em dias - HCRP	Taxa de respostas da caixa de sugestões	**Divisão de Assistência Farmacêutica - SAI**	Teores de cloro não conforme na água potável	Tarefas planejadas x tarefas alteradas
Divisão de Hotelaria Hospitalar - Serviço Instalações	Avaliação dos Serviços Prestados pelas Empresas Terceirizadas	Taxa do tempo de parada dos elevadores (sem funcionamento)	Taxa de produtividade do setor de PABX	**Divisão de Enfermagem 12 - Bloco Cirúrgico**	Percentual de visitas pré-operatórias	Percentual de contato telefônico aos pacientes ambulatoriais no período pré e pós-operatório
Serviço de Assistência Médica e Social do Pessoal - U.E.	Percentual de faltas	Percentual de consultas agendadas / capacidade instalada	Percentual de atendimentos Eventuais / nº de consultas realizadas	**Divisão de Hotelaria Hospitalar - CPRH**	Número de reclamações referentes à enxoval hospitalar - Campus	Avaliação dos serviços prestados pelo CPRH relacionado ao enxoval
Banco de Leite	Número de Doadoras	Volume de Leite coletado	-	**Divisão de Segurança Patrimonial**	Resolutividade das ocorrências registradas (RIO)	Quantidade de ocorrência de furtos e outros delitos no Hospital
Central de Material e Esterilização	Total de itens esterilizados mensalmente	Percentual de uso de EPIs na Seção de Descontaminação	-	**Enfermagem de clínica médica - Onco Clínica - DE 6.7**	Incidência de Flebite na Unidade de Oncologia Clínica	Incidência de extravasamento de Quimioterápicos
Centro de Recursos Humanos	Tempo médio de preenchimento de vagas do HCRP	Tempo médio de preenchimento de vagas da FAEPA	-	**Enfermagem UETDI**	Incidência de Flebite	Incidência de UPP Adquirida e importada

Continuação

Área:	Indicador 1	Indicador 2	Área:	Indicador 1	Indicador 2
Gabinete da Superintendência	No número de acidentes do trabalho (acidentes típicos, de trajeto e doenças ocupacionais)	Número de exames médicos realizados (admissional, periódico, demissional, retorno ao trabalho e mudança de função)	**Serviço de enfermagem especializada I - Neurologia**	Incidência de UPP adquiridas e importadas da neurologia	Incidência de queda de paciente
Grupo de Avaliação de Desempenho	% de indicadores atualizados no PGV	Índice de participação das áreas ao PGV	**Serviço de gerenciamento de riscos**	Número de notificações relacionadas às Tecnologias de Saúde recebidas pelo Gerenciamento de Risco por mês	Número de notificações sobre eventos adversos e riscos assistenciais recebidas pelo Gerenciamento de Risco por mês
Grupo executivo de Convênio - GECON	Valor médio da AIH por especialidade (Cirúrgica; Clínica; Pediátrica; Obstétrica; Psiquiátrica)	Percentual de Faturamento do Ambulatório de Média e Alta Complexidade	**Unidade de Clínica Cirúrgica - DE 7 - 9º andar**	Incidência de casos de Flebite Ala A	Incidência de casos de Flebite Ala B
Portaria e Recepção de Pacientes do Ambulatório	Porcentagem de Pacientes atendidos fora de dia	Porcentagem de pacientes não agendados atendidos no ambulatório	**Unidade de Transplante Renal / Hemodiálise Agudos**	Índice de infecção urinária em pacientes no pós operatório de transplante renal	Incidência de flebite em pacientes da UTR
Seção de arquivo médico / GGA-5.1	Porcentagem de PAs devolvidos	Porcentagem de PAs devolvidos após cobrança	**Unidade Intensiva de Neurologia DE - 7.5 - 9º andar**	Incidência de ulcera por pressão - Neurocirurgia	Índice de flebite na Neurocirurgia
Seção de arquivo médico / GGA-5.2	Porcentagem de Prontuários devolvidos	Percentual de prontuário devolvido após cobrança.	**Unidade pós operatória C. Torácica Cardiovascular**	Incidência de Úlcera por Pressão	Perda Acidental de SNE
Seção de Custos	Percentual de Centros de Custos Revisados	Tempo de Fechamento do Relatório de custos	**Assessoria Técnica - Gerenciamento da Qualidade**	Porcentagem de pesquisa de satisfação de clientes internados nas enfermarias do HC Campus	-
Seção de Enfermagem da Unidade Coronariana	Incidência de UPP adquiridas e importadas na UCO - Campus	Incidência de Flebite na UCO - Campus	**Centro Obstétrico - DE-10**	Índice de recém-nascidos levados ao contato pele a pele na 1º hora de vida	-
Serviço de Enfermagem - DE - 9.1e 9.2 - Ortopedia e Traumatologia	Incidência de queda em pacientes da Ortopedia - 11º andar	Incidência de úlcera por pressão importada e adquirida	**Citopatologia**	Tempo médio de emissão de laudos	-

Continuação

Área:	Indicador 1	Área:	Indicador 1	Área:	Indicador 1
Clínica Particular e Convênios 9, 10º e 11º andar	Incidência de queda	**DE - 6.5 - Unidade de Transplante de Medula Óssea**	Incidência de retirada do cateter de *Hickman*	**Enfermagem de CTI Neonatal - DE 11.3**	Índice de cateter removido por término de tratamento
Clínica Particular e Convênios 9, 10º e 11º andar	Incidência de casos de Flebite	**Divisão de Hotelaria Hospitalar - CPRH - Rouparia Unidade de Emergência**	Número de reclamações referentes à enxoval hospitalar - EU	**Enfermagem de CTI Neonatal - DE 11.5**	Índice de extubação acidental
Comissão de controle de infecção hospitalar - Campus	Taxa global de infecção hospitalar no HC - Campus	**Divisão de Hotelaria Hospitalar - CPRH - Campus**	Índice de devolução de Enxoval pela empresa terceirizada (*Lav Service*)	**Enfermaria de Cirurgia Cabeça e Pescoço**	Incidência de casos de Flebite
Comissão de Terapia Nutricional - Campus	Porcentagem de pacientes que recebem terapia nutricional - Campus e EU	**Divisão de Hotelaria Hospitalar - Rouparia Unidade de Emergência**	Índice de devolução de Enxoval pela empresa terceirizada (*Lav Service*)	**Enfermaria de Clínica Cirúrgica - DE - 7 - 10º andar**	Incidência de casos de Flebite em pacientes da CI. Cirurgia
Comissão interna de prevenção de acidentes - U.E.	Acidentes de trabalho por classificação	**Enfermagem de Clínica Médica - Enfermaria - DE 6.1**	Incidência de flebite no 5ª andar ala A - Campus	**Equipe Gestora da Neurologia da U.E.**	Incidência de úlcera por pressão UPP em pacientes internados
CTI ADULTO 3º andar - U.E.	Incidência de úlcera por pressão	**Enfermagem de Clínica Médica - Enfermaria - DE 6.2**	Incidência de flebite no 5ª andar ala B - Campus	**Equipe Gestora de Clinica médica, Neurologia e UCO - U.E.**	Incidência de flebite na Clínica médica, Neurologia e UCO - U.E.
DE - 17.2 - Enfermaria e pediatria - U.E	Incidência de flebite na Enfermaria e pediatria - U.E	**Enfermagem de clínica médica - Enfermaria - DE 6.3**	Incidência de flebite no 6º andar ala A - MI - Campus	**Gerência de Engenharia Clínica**	Percentual de Resolutividade de Ordens de Serviço no mês
DE - 17.3- Centro de Terapia Intensiva Pediátrica - U.E.	Incidência de flebite em pacientes no CTI Pediátrico U.E.	**Enfermagem de clínica médica - Enfermaria - DE 6.4**	Incidência de flebite no 6º andar ala B - Campus	**Ginecologia e Obstetrícia - 8º andar - Ala A**	Índice de trauma mamilar em puérperas
DE - 17.4 - Enfermaria de Moléstias Infectocontagiosas Infantil U.E.	Incidência de flebite em pacientes de enfermaria de Moléstias Infectocontagiosas Infantil U.E.	**Enfermagem de Clínica Médica - Unidade Metabólica - DE 6.6**	Incidência de Flebite na Unidade Metabólica	**Ginecologia e Obstetrícia - 8º andar - Ala B**	Avaliar a resolutividade das queixas álgicas

Continuação

Área:	Indicador 1	Área:	Indicador 1	Área:	Indicador 1
Instituto de Reabilitação Lucy Montoro	Índice de Faltas de Pacientes	**Serviço de Administração Patrimonial**	Índice de não conformidade em auditorias patrimoniais - INCAP	**Serviço Social - Ambulatório de CCP Oncologia Quimioterapia - CPOQ**	% casos novos sociais atendido - ambulatório de CCP Oncologia Quimioterapia - CPOQ
Seção de Cadastro Funcional (ser. De Cadastro, Frequência e Exp. De Pessoal)	Somatório de dias para elaboração de cada declaração / número de declarações elaboradas no período	**Serviço de Assistência Médica e Social do Pessoal - Campus**	Porcentagem de faltas - balcão 20 - SAMSP	**Serviço Social - Ambulatório de Implante Coclear - AOIC**	% casos novos sociais atendido - ambulatório de Implante Coclear - AOIC
Seção de enfermagem de Clínica Médica - Unidade de TMO - DES 6.5	Incidência de Flebite no ambulatório de TMO - 12º andar - campus	**Serviço de atendimento ambulatorial e internação**	Porcentagem de consultas de 1º vez por especialidade	**Serviço Social - Ambulatório de Síndrome de Imunodeficiência - ASID**	% casos novos sociais atendidos - ambulatório de Imunodeficiência
Seção de enfermagem de CTI	Incidência de Flebite no CTI - Campus	**Serviço de Clínica Cirúrgica - DE - 7 - 9º andar e 10º andar**	Incidência de queda de pacientes da Clinica Cirúrgica	**Serviço Social - Ambulatório Multidisciplinar de Fibrose Cística - AMFC**	% casos novos sociais atendidos - ambulatório Multidisciplinar de Fibrose Cística - AMFC
Seção de enfermagem de Pediatria - DES 11.1	Incidência de lesões relacionadas a ocorrência de extravasamento quimioterápico	**Serviço de Enfermagem de otorrino, oftalmo. e CCP - DE 9.3 e DE 9.4**	Incidência de queda em pacientes CCP - OFT - ORL - 12º andar	**Serviço Social - Enfermaria de Geriatria**	Nº de pacientes atendidos pelo Serviço Social na Enfermaria de Geriatria
Seção de Expediente de Pessoal (ser. De Cadastro, Frequência e Exp. De Pessoal)	Somatório de dias para elaboração de cada contrato / nº de contratos por tempo de serviço elaborado no período	**Serviço de enfermagem especializada I - Derma e Imuno.**	Incidência de queda de paciente	**Serviço Social - Enfermaria de MI**	Nº de pacientes atendidos pelo Serviço Social na Enfermaria de Moléstia Infectocontagiosa
Seção de Frequência (ser. De Cadastro, Frequência e Exp. De Pessoal)	Somatório de dias para elaboração de cada certidão / nº de certidões por tempo de serviço elaborado no período	**Serviço de Patologia – Serpat.**	Tempo médio de emissão de laudos	**Setor de expediente do serviço de arquivo médico GGA - 5.5**	Índice de solicitação atendida no prazo de 30 dias
Seção de Pagamento de Pessoal (ser. De Cadastro, Frequência e Exp. De Pessoal)	Somatório de dias para elaboração de cada rescisão / nº de rescisões contratuais elaboradas no período	**Unidade de Transplante de Fígado - DE - 7.6 - 10 andar**	Incidência de casos de Flebite	**Setor de Hematologia e Quimioterapia**	Incidência de Flebite em pacientes internados no Campus e U.E.
SERPAT	Número de Necropsias	**Unidade gestora de queimados - U.E**	Incidência de flebite	**-**	-

Fonte: HCFMRP-USP

Conclusão

Tabela A.6 - Indicadores de desempenho do CQH

Nº	Indicador	Nº	Indicador	Nº	Indicador
1	Taxa de Ocupação Hospitalar	**20**	Taxa de Apgar - 1º Minuto	**39**	Taxa de Infecção hospitalar UTI PEDIÁTRICA
2	Índice de rotatividade do leito	**21**	Taxa de Apgar - 5º Minuto	**40**	Distribuição percentual de infecção - Ferida Cirúrgica
3	Índie de Intervalo de Substituição	**22**	Índice de exames laboratoriais por internação	**41**	Distribuição percentual de infecção - Pneumonia
4	Tempo Médio de Permanência	**23**	Índice de Exames de Diagnóstico por Imagem por Internação	**42**	Distribuição percentual de infecção - Trato Urinário
5	Tempo Médio de Permanência por clínicas (CLM)	**24**	Relação Enfermeiro - Leito	**43**	Distribuição percentual de infecção - Acesso Vascular
6	Tempo Médio de Permanência por clínicas (CIRUR)	**25**	Relação Enfermagem - Leito	**44**	Distribuição percentual de infecção - Sistêmica
7	Tempo Médio de Permanência por clínicas (PED)	**26**	Relação Pessoal - Leito	**45**	Distribuição percentual de infecção - Cutânea
8	Tempo Médio de Permanência por clínicas (OBST)	**27**	Taxa de Absenteísmo - Recursos Humanos	**46**	Distribuição percentual de infecção - Gastrointestinal
9	Tempo Médio de Permanência por clínicas (UTI ADULTO)	**28**	Taxa de Rotatividade - Recursos Humanos	**47**	Distribuição percentual de infecção - Outras
10	Tempo Médio de Permanência por clínicas (UTI NEO NATAL)	**29**	Taxa de Acidente de trabalho	**48**	Índice de Treinamento
11	Tempo Médio de Permanência por clínicas (UTI PED)	**30**	Densidade de Infecção hospitalar	**49**	Taxa de Preenchimento das avaliações pelo usuário
12	Tempo Médio de Permanência por clínicas (BERÇÁRIO)	**31**	Taxa de Infecção hospitalar	**50**	Taxa de satisfação dos clientes internados
13	Taxa de Reinternação não Programada	**32**	Taxa de Infecção hospitalar UTI ADULTO	**51**	Taxa de Insatisfação dos clientes internados
14	Taxa de Reingresso na UTI-Adulto Durante a mesma internação	**33**	Taxa de Infecção hospitalar CLÍNICA MÉDICA	**52**	Taxa de recomendação do hospital para amigos e parentes
15	Taxa de Mortalidade Institucional	**34**	Taxa de Infecção hospitalar CLÍNICA CIRÚRGICA	**53**	Taxa de não recomendação do hospital para amigos e parentes
16	Taxa de Mortalidade Operatória	**35**	Taxa de Infecção hospitalar OBSTETRICIA	**54**	Custo do quilo da roupa lavada
17	Taxa de Cirurgia Suspensas	**36**	Taxa de Infecção hospitalar BERÇÁRIO	**55**	Percentual de médicos com título de especialista
18	Taxa de Cesáreas	**37**	Taxa de Infecção hospitalar UTI NEONATAL		
19	Taxa de Ceráreas em Primíparas	**38**	Taxa de Infecção hospitalar PEDIATRIA		

Fonte: Adaptada de <http://www.cqh.org.br/icqh/estat/ind/web.php>

Tabela A.7 – Demais fontes de consultas utilizadas na Análise de Conteúdo

Fontes
BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.400, de 02/10/2007.
FUNDAÇÃO DE APOIO AO ENSINO, PESQUISA E ASSISTÊNCIA DO HCFMRP – USP. **Relatório de Atividades de 2006**. 2007. Disponível em: <http://www.faepa.br/Html/Relatorio_atividades.asp> Acessado em 20/12/12
_____. **Relatório de Atividades de 2007**. 2008. Disponível em: <http://www.faepa.br/Html/Relatorio_atividades.asp> Acessado em 20/12/12.
_____. **Relatório de Atividades de 2008**. 2009. Disponível em: <http://www.faepa.br/Html/Relatorio_atividades.asp> Acessado em 20/12/12.
_____. **Relatório de Atividades de 2009**. 2010. Disponível em: <http://www.faepa.br/Html/Relatorio_atividades.asp> Acessado em 20/12/12.
_____. **Relatório de Atividades de 2010**. 2011. Disponível em: <http://www.faepa.br/Html/Relatorio_atividades.asp>. Acessado em 20/12/12.
_____. **Relatório de Atividades de 2011**. 2012. Disponível em: <http://www.faepa.br/Html/Relatorio_atividades.asp> Acessado em 20/12/12.
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO. **Relatório de Atividades de 2002**. 2003. Acessado em 20/12/12. Disponível em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload/relatorioatividades2002.pdf> Acessado em: 22/08/2012.
_____. **Relatório de Atividades de 2003**. 2004. Acessado em 20/12/12. Disponível em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload/relatorioatividades2003.pdf> Acessado em: 22/08/2012.
_____. **Relatório de Atividades de 2004**. 2005. Acessado em 20/12/12. Disponível em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload/relatorioatividades2004.pdf> Acessado em: 22/08/2012.
_____. **Relatório de Atividades de 2005**. 2006. Acessado em 20/12/12. Disponível em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload/relatorioatividades2005.pdf> Acessado em: 22/08/2012.
_____. **Relatório de Atividades de 2006**. 2007. Acessado em 20/12/12. Disponível em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload/relatorioatividades2006.pdf> Acessado em: 22/08/2012.
_____. **Relatório de Atividades de 2007**. 2008. Acessado em 20/12/12. Disponível em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload/relatorioatividades2007.pdf> Acessado em: 22/08/2012.
_____. **Relatório de Atividades de 2008**. 2009. Acessado em 20/12/12. Disponível em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload/relatorioatividades2008.pdf> Acessado em: 22/08/2012.
_____. **Relatório de Atividades de 2009**. 2010b. Acessado em 20/12/12. Disponível em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload/relatorioatividades2009.pdf> Acessado em: 22/08/2012.
_____. **Relatório de Atividades de 2010**. 2011. Acessado em 20/12/12. Disponível em:<http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload/Relat%C3%B3rio%20de%20Atividades_%202010.pdf> Acessado em: 22/08/2012.
_____. **Relatório de Atividades de 2011**. 2012. Acessado em 20/12/12. Disponível em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload/RelatoriodeAtividades_HCRP_2011.pdf> Acessado em: 22/08/2012.

Tabela A.8 – Evolução orçamentária do HCFMRP-USP entre os anos 2000 e 2012

Anos	Fontes					
	Tesouro do Estado	**Recurso Federal (FINEP – RNM)**	**Faturamento SUS**	**Secretaria de Estado da Saúde – Termo Aditivo**	**FAEPA – Clínica Civil/Convênios**	**Total**
2000	R$ 84.482.879,00	-	R$ 49.841.789,00	-	R$ 1.189.530,00	R$ 135.514.198,00
2001	R$ 99.496.584,00	-	R$ 53.043.037,00	-	R$ 1.604.935,00	R$ 154.144.556,00
2002	R$ 107.997.679,00	-	R$ 63.031.166,00	-	R$ 2.337.847,00	R$ 173.366.692,00
2003	R$ 119.481.434,00	-	R$ 68.645.295,00	-	R$ 4.248.937,00	R$ 192.375.666,00
2004	R$ 142.829.129,00	-	R$ 70.120.000,00	-	R$ 4.961.371,00	R$ 217.910.500,00
2005	R$ 165.906.632,00	-	R$ 88.940.836,00	-	R$ 6.501.927,00	R$ 261.349.395,00
2006	R$ 186.705.576,00	-	R$ 95.000.000,00	-	R$ 6.500.000,00	R$ 288.205.576,00
2007	R$ 194.997.268,00	-	R$ 95.000.000,00	-	R$ 7.000.000,00	R$ 296.997.268,00
2008	R$ 214.592.495,00	R$ 1.347.723,00	R$ 104.266.061,00	R$ 41.635.557,00	R$ 9.869.956,00	R$ 371.711.792,00
2009	R$ 239.566.273,00 (1)	R$ 724.710,00	R$ 119.757.367,00 (1)	R$ 21.502.804,00	R$ 14.373.469,00	R$ 395.924.623,00
2010	R$ 251.488.540,00 (2)	-	R$ 126.700.000,00 (2)	R$ 7.900.000,00	R$ 16.500.000,00	R$ 402.588.540,00
2011	R$ 279.545.959,00 (3)	R$ 873.423,00	R$ 141.625.532,00 (3)	R$ 9.000.000,00	R$ 19.000.000,00	R$ 450.044.914,00
2012	R$ 319.183.870,00 (4)	R$ 187.728,00	R$ 142.058.645,00 (4)	R$ 9.903.814,00	R$ 24.699.003,00	**R$ 496.033.060,00**

Fonte: Relatórios de Atividades do HCFMRP-USP dos anos de 2004, 2008 e 2012. (1) Da receita total do SUS de R$ 119.757.367,00, foi retido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES para o Programa de Premio Incentivo dos servidores do HCRP o montante de R$ 49.634.998,00 que foram incorporados do Orçamento do HCFMRP-USP. (2) Da receita total do SUS de R$ 126.700,00, foi retido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES para o Programa de Prêmio Incentivo dos Servidores do HCRP o montante de R$ 52.893.400,00 que foram incorporados do Orçamento do HCFMRP-USP. (3) Da receita total do SUS de R$ 141.625.532,00, foi retido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES para o Programa de Prêmio Incentivo dos Servidores do HCRP o montante de R$ 54.701.813,00 que foram incorporados do Orçamento do HCFMRP-USP. (4) Da receita total do SUS de R$ 142.058.645,00, foi retido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES para o Programa de Prêmio Incentivo dos Servidores do HCRP o montante de R$ 56.172.215,00 que foram incorporados do Orçamento do HCFMRP-USP.