

**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA
CURSO DE MESTRADO**

JOSÉ EDSON RODRIGUES FERNANDES

**INDICADORES DE DESEMPENHO COMO INSTRUMENTOS DE
PLANEJAMENTO NA GESTÃO DA SAÚDE SENDO OBJETO DE ESTUDOS NOS
PROGRAMAS *STRICTO SENSU* EM ADMINISTRAÇÃO NO BRASIL**

**CAXIAS DO SUL
2022**

JOSÉ EDSON RODRIGUES FERNANDES

**INDICADORES DE DESEMPENHO COMO INSTRUMENTOS DE
PLANEJAMENTO NA GESTÃO DA SAÚDE SENDO OBJETO DE ESTUDOS NOS
PROGRAMAS *STRICTO SENSU* EM ADMINISTRAÇÃO NO BRASIL**

Projeto de Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Alex Eckert

**CAXIAS DO SUL
2022**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade de Caxias do Sul
Sistema de Bibliotecas UCS - Processamento Técnico

F363i Fernandes, José Edson Rodrigues

Indicadores de desempenho como instrumentos de planejamento na gestão da saúde sendo objeto de estudos nos programas stricto sensu em administração no Brasil [recurso eletrônico] / José Edson Rodrigues Fernandes. – 2022.

Dados eletrônicos.

Dissertação (Mestrado) - Universidade de Caxias do Sul, Programa de Pós-Graduação em Administração, 2022.

Orientação: Alex Eckert.

Modo de acesso: World Wide Web

Disponível em: <https://repositorio.ucs.br>

1. Administração. 2. Hospitais - Administração. 3. Serviços de saúde - Administração. 4. Desempenho - Indicadores. I. Eckert, Alex, orient. II. Título.

CDU 2. ed.: 005

Catalogação na fonte elaborada pela(o) bibliotecária(o)
Ana Guimarães Pereira - CRB 10/1460

JOSÉ EDSON RODRIGUES FERNANDES

**INDICADORES DE DESEMPENHO COMO INSTRUMENTOS DE
PLANEJAMENTO NA GESTÃO DA SAÚDE SENDO OBJETO DE ESTUDOS NOS
PROGRAMAS *STRICTO SENSU* EM ADMINISTRAÇÃO NO BRASIL**

Projeto de dissertação de mestrado submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Administração.

Aprovado (a) em: ____ / ____ / 2022.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Alex Eckert
Universidade de Caxias do Sul – UCS

Profa. Dra. Janaina Macke
Universidade de Caxias do Sul – UCS

Prof. Dr. Fabiano Larentis
Universidade de Caxias do Sul – UCS

Profa. Dra. Patricia Treviso
Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

**CAXIAS DO SUL
2022**

Dedico este trabalho à Deus, por permitir que eu tenha saúde, a minha filha, karen, por ser minha fonte de inspiração, apoio e amor.

AGRADECIMENTOS

Inúmeras pessoas foram fundamentais para que eu pudesse chegar até aqui, concluir esta pesquisa e, por sua vez, o mestrado. Sem o apoio delas a conclusão desta dissertação talvez não fosse possível. Primeiramente, gostaria de agradecer a minha filha Karen Albuquerque, que com seu sorriso é fonte de inspiração para minha vida.

Em seguida, gostaria de agradecer ao meu orientador, professor Dr. Alex Eckert, sempre presente me auxiliando e indicando o caminho correto a ser seguido. Tenho orgulho em ter sido seu orientando de Mestrado e termos desenvolvido uma excelente pesquisa que proporcionará ótimos *insights* para gestores na área da saúde.

Um agradecimento especial também aos meus pais, Maria de Lourdes e Francisco das Chagas pessoas que sempre deram o seu melhor pelos filhos, buscando ajudar e incentivar para que eu sempre pudesse seguir estudando e aprendendo cada vez mais, além de minha noiva Marina Braga que através de sua força e companherismo me deu entusiasmo para seguir nessa conquista.

Gostaria de agradecer também ao PPGA/UCS, em especial aos professores que estiveram presentes na minha caminhada acadêmica que, com seu imenso conhecimento, me proporcionaram abrir ainda mais meus olhos para o vasto conhecimento que existe no mundo.

Ser feliz sem motivo é a mais autêntica forma de felicidade.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Os serviços de saúde nem sempre apresentam desempenhos satisfatórios, principalmente quando observados os hospitais sem fins lucrativos. Esse quadro exige desafios aos gestores na busca de eficiência e eficácia na disponibilização e tratamento de informações para a melhoria da gestão hospitalar, seja no setor público ou privado. Neste sentido, o desenvolvimento e uso de indicadores ou métricas de desempenho constituem um elemento fundamental na construção de uma gestão eficiente. Dentro do contexto desta pesquisa, o objetivo foi identificar e descrever quais as contribuições das pesquisas sobre os instrumentos de planejamento da gestão da saúde, bem como dos indicadores de desempenho em saúde, realizadas nos programas de *Stricto-Sensu* em Administração brasileiros. Para o alcance dos objetivos, foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica de caráter descritivo e em relação à abordagem do problema é qualitativa e consistiu na análise das dissertações defendidas nos programas de pós-graduação *stricto sensu* em Administração, utilizando-se da matriz de síntese para extrair as informações. Os resultados indicam a importância da utilização de indicadores numa visão multidimensional diferenciada, que conjecturem a realidade de saúde presente e permita ao gestor hospitalar, juntamente com os gestores de saúde, um direcionamento das ações assistenciais a médio e longo prazo. Os indicadores aqui apresentados são exemplos, dentre outros existentes, que se pode tentar padronizá-los num conjunto de métricas a serem utilizadas pelo gestor hospitalar, governo e sociedade.

Palavras-chave: administração, indicadores de desempenho, instrumentos de planejamento, gerenciamento da saúde, gestão da saúde.

ABSTRACT

Health services do not always perform satisfactorily, especially when considering non-profit hospitals. This framework requires challenges for managers in the search for efficiency and effectiveness in the availability and treatment of information to improve hospital management, whether in the public or private sector. In this sense, the development and use of performance indicators or metrics constitute a fundamental element in the construction of efficient management. Within the context of this research, the objective was to identify and describe the contributions of research on health management planning instruments, as well as health performance indicators, carried out in Brazilian Stricto-Sensu Administration programs. In order to reach the objectives, descriptive bibliographic research was developed and in relation to the approach to the problem it is qualitative and consisted of the analysis of dissertations defended in the stricto sensu postgraduate programs in Administration, using the synthesis matrix to extract The informations. The results indicate the importance of using indicators in a differentiated multidimensional view, which conjecture the present health reality and allow the hospital manager, together with the health managers, a direction of care actions in the medium and long term. The indicators presented here are examples, among countless others, that one can try to standardize them in a set of metrics to be used by the Government, hospital manager and society.

Keywords: performance indicators, planning tools, health management, health management.

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 – Indicadores de organização hospitalar..... | 33 |
| Quadro 2 – Matriz de síntese..... | 46 |
| Quadro 3 – Análise dos dados por categorias..... | 52 |
| Quadro 4 – Categoria equipe/recursos humanos D12..... | 54 |
| Quadro 5 – Categoria equipe/recursos humanos D14..... | 54 |
| Quadro 6 – Categoria equipe/recursos humanos D17..... | 55 |
| Quadro 7 – Categoria estratégica, recursos e serviços D01..... | 58 |
| Quadro 8 – Categoria estratégica, recursos e serviços D06..... | 58 |
| Quadro 9 – Categoria estratégica, recursos e serviços D13..... | 59 |
| Quadro 10 – Categoria eficiência, custos e perdas T03..... | 59 |
| Quadro 11 – Categoria eficiência, custos e perdas D04..... | 62 |
| Quadro 12 – Categoria eficiência, custos e perdas T21..... | 63 |
| Quadro 13 – Categoria eficiência, custos e perdas T23..... | 63 |
| Quadro 14 – Categoria orientações estratégicas D09..... | 67 |
| Quadro 15 – Categoria orientações estratégicas T11..... | 67 |
| Quadro 16 – Categoria assistência e satisfação dos usuários D07..... | 70 |
| Quadro 17 – Categoria assistência e satisfação dos usuários D10..... | 71 |
| Quadro 18 – Categoria competências profissionais na prestação de serviços D02..... | 74 |
| Quadro 19 – Categoria competências profissionais na prestação de serviços D08..... | 74 |
| Quadro 20 – Categoria competências profissionais na prestação de serviços D15..... | 75 |
| Quadro 21 – Categoria competências profissionais na prestação de serviços D18..... | 75 |
| Quadro 22 – Categoria organização e seu projeto social D20..... | 77 |
| Quadro 23 – Indicadores de desempenho para uma gestão de qualidade indicados na coleta de dados..... | 79 |
| Quadro 24 – Proposição de um modelo teórico, resultado alcançado através dos estudos coletados e analisados..... | 81 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|--|
| AD | Avaliação de Desenvolvimento |
| ANPAD | Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração |
| ANVISA | Agencia Nacional de Vigilância Sanitária |
| BSC | Balanced Scorecard |
| CAHPS | <i>Consumer Assessment of Health Plans Study</i> |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CEPAA | Council on Economics Priorities Accreditation Agency |
| CIR | Comissão Intergestores Regional |
| CNE | Conselho Nacional de Saúde |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| COAP | Contarto Organizativo de Ação Pública |
| CQH | Comissão com a Qualidade Hospitalar |
| DATASUS | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. |
| DHHS | <i>Department of Health and Human Services</i> |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| EUA | Estados Unidos da América |
| GPRA | <i>Government Peformance and Results Act</i> |
| HEDIS | <i>Health Plan and Employer Data Information Set</i> |
| IBASE | Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ICIDH – 2 | <i>International Classification of Functioning Disability and Health</i> |
| ID | Índice de Desenvolvimento |
| IDB | Indicadores e Dados Basicos para Saúde |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| IOM | Institute of Medicine |
| NCQA | <i>Committee for Quality Assurance</i> |
| NHA | <i>National Health Service</i> |
| NHPC | <i>National Public Health Partnership</i> |
| NOAS | Norma Operacional da Assistência à Saúde |
| OECD | Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico |
| OFCE | Observatoire Français des Conjonctures Econômicas |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONU | Organização da Nações Unidas |

| | |
|----------|--|
| OPS | Organização Panamericana de Saúde |
| PAB | Piso Assistencial Básico |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PAF | <i>Performance Assessment Framework</i> |
| PE | Planejamento Estratégico |
| PROADES | Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde. |
| PROAHSA | Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| RAWP | <i>Remedial Action Workplan</i> |
| RENASES | Relação Nacional de Serviços de Atenção à Saúde. |
| RIPSA | Rede Interagencial de Informação para Saúde |
| Sa8000 | Social Accountability 8000 |
| SAI | Social Accountability 8000 |
| SBIS | Sociedade Brasileira de Informação em Saúde |
| SES | Secretaria Estadual de Saúde |
| SIA | Sistema de Informação Ambulatorial |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SIM | Sistema de Informação de Mortalidade |
| SIMECS | Sindicato das Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Material Elétrico de Caxias do Sul |
| SINASC | Sistema de Informação de Nascidos Vivos |
| SINHA | Sistema Integrado de Indicadores Hospitalar |
| SIOPS | Sistema de Informação e Orçamento Público em Saúde |
| SIPAGEH | Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar |
| SIS | Sistema de Informação em Saúde |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SS | Sistema de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCU | Tribunal de Contas da União |
| TI | Tecnologia da Informação |
| TQM | Total Quality Management |
| WHR 2000 | <i>World Health Report 2000</i> |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 14 |
| 1.1 TEMA E PROBLEMA..... | 18 |
| 1.2 OBJETIVOS..... | 24 |
| 1.2.1 OBJETIVO GERAL..... | 24 |
| 1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 24 |
| 1.3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO..... | 25 |
| 1.3.1 ADERENCIA DO PROJETO À LINHA DE PESQUISA..... | 27 |
| | |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO..... | 29 |
| 2.1 SERVIÇOS DE SAÚDE..... | 29 |
| 2.1.1 A SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO..... | 30 |
| 2.1.2 INDICADORES HOSPITALARES..... | 31 |
| 2.1.3 INDICADORES ECONÔMICOS E FINANCEIROS..... | 33 |
| 2.2 GESTÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE..... | 34 |
| 2.2.1 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E MATRIZ SWOT..... | 34 |
| 2.2.2 BALANCED SCORECARD (BSC)..... | 35 |
| 2.2.3 SISTEMA DE INFORMAÇÃO ESTRATÉGICA (SOFTWARES)..... | 36 |
| 2.2.4 BENCHMARKING..... | 37 |
| | |
| 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... | 39 |
| 3.1 DELINEAMENTO..... | 39 |
| 3.2 PESQUISA DO TIPO ESTADO DA ARTE..... | 40 |
| 3.3 PROCEDIMENTO DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS..... | 42 |
| | |
| 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... | 48 |
| 4.1 EQUIPES E RECURSOS HUMANOS..... | 56 |
| 4.2 ESTRATÉGIAS, RECURSOS E SERVIÇOS..... | 60 |
| 4.3 EFICIÊNCIAS, CUSTOS E PERDAS..... | 64 |
| 4.4 ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS..... | 69 |
| 4.5 ASSISTÊNCIA E SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS..... | 73 |
| 4.6 COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS..... | 76 |
| 4.7 A ORGANIZAÇÃO E SUA COERÊNCIA COM O PROJETO SOCIAL..... | 81 |
| 4.8 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DE INDICADORES COLHIDOS NOS CONTEÚDOS DOS TRABALHOS ABORDADOS..... | 84 |
| | |
| 4.9 DESENVOLVIMENTO DA MATRIZ DE AVALIAÇÃO..... | 86 |

| | |
|--|-----------|
| 5 CONCLUSÃO..... | 88 |
| 5.1 PRINCIPAIS ACHADOS DA PESQUISA..... | 89 |
| 5.2 IMPLICAÇÕES TEÓRICAS..... | 90 |
| 5.3 IMPLICAÇÕES GERENCIAIS..... | 91 |
| 5.4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA..... | 92 |
| 5.5 SUGESTÕES DE ESTUDOS FUTUROS..... | 93 |
| | |
| 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 95 |

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a demanda sobre serviços de saúde deve ser atendida segundo critérios de universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, lei n. 8.080, 1990), porém o sistema de saúde brasileiro sofre com problemas críticos e recorrentes, tais como: concentração de serviços em áreas urbanas; dimensionamento inadequado; sobreposição de ações e competição entre hospitais e a rede básica; definição de demandas influenciada pelo financiamento; insolvência financeira; baixa capacidade gerencial; resolutividade limitada e não observância do perfil epidemiológico regional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Esse quadro exige desafios aos gestores na busca de eficiência e eficácia na disponibilização e tratamento de informações para a melhoria da gestão hospitalar, seja no setor público ou privado (CHERCHIGLIA; DALLARI, 2006; CUNHA; CORRÊA, 2013).

Sendo que no Brasil, ao se falar de gestão, o Sistema Único de Saúde (SUS), que é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo, visa garantir acesso integral, universal e gratuito para a população. Para gerir os serviços de saúde o SUS atribui aos entes da federação a gestão plena de saúde. É dessa forma que, por exemplo, um município responde pelo planejamento e pela organização dos sistemas regionais de saúde, sendo responsável inclusive por estabelecer, manter e avaliar a relação com os prestadores de serviços contratados (MEIRELLES, 2010; BRASIL, 2020).

Os serviços de saúde nem sempre apresentam desempenhos satisfatórios, principalmente quando observados os hospitais sem fins lucrativos. Forgia e Couttolenc (2009, p.3) afirmam que o desempenho é insuficiente, o que é particularmente verdade em unidades que atendem a população carente. Portanto, os órgãos reguladores da saúde: Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde (principal), arcam com o custo de agência, no intuito de implementar o monitoramento eficaz no cumprimento das metas organizacionais, contratos de metas, responsabilizando os administradores pelo desempenho institucional. Sendo possível também a utilização de estrutura de incentivos contratuais para minimizar o problema de agência.

Percebe-se, então, a importância da sinalização na esfera da atenção à saúde. Do ponto de vista da importância da medição do desempenho das organizações gestoras na saúde, isso se traduz na questão da avaliação das instituições hospitalares a partir de múltiplos e diferenciados enfoques: porte, vinculação com o sistema de saúde, assistência prestada, nível de complexidade, modelo organizacional, entre outras (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

Dessa forma, uma gestão eficiente causa impactos significativos na assistência

hospitalar, integrando competências e potencializando resultados (CIANCIARULLO, 2003; ROCHA, 2011).

Neste sentido, o desenvolvimento e uso de indicadores ou métricas de desempenho constituem um elemento fundamental na construção de uma gestão eficiente. Esses indicadores traduzem os objetivos e metas planejados em informações numéricas gerenciáveis, auxiliando o gestor na tomada de decisão e norteando o rumo do hospital na busca do melhor desempenho organizacional para servir sua missão de prestação de serviços assistenciais e em muitas vezes de campo prático de ensino e pesquisa.

No Brasil, no âmbito acadêmico, chegou-se a um consenso quanto à importância da avaliação dos indicadores de desempenho, resultando na elaboração de um quadro teórico-conceitual, proposto pelo Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (Proadess), que permitisse compreender quais e como se inter-relacionam os fatores que influenciam a eficiência, a efetividade e a equidade no desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS) com a finalidade de subsidiar a formulação de políticas e monitorar as desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços recebidos.

Indicadores são medidas de desempenho que expressam resultados em índices numéricos (HRONEC; ANDERSEN, 1994; PALADINI, 2011). As práticas de Avaliação de Desempenho (AD) hospitalar por meio de indicadores estão associadas a diversas abordagens: melhoria da qualidade em saúde, acreditação e certificação hospitalar (FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Práticas de avaliação dessa natureza são conciliadas na abordagem da Total Quality Management (TQM). Esta se destaca por abranger ferramentas de gestão baseadas em indicadores focando a avaliação de processos, a partir de conhecimentos e práticas essenciais à organização e aos clientes (FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Donabedian (2001) alertou sobre a necessidade de mensuração padronizada de indicadores para melhoria da qualidade em serviços de saúde. Passados 24 anos de pesquisas, Donabedian (2005) defendeu a avaliação multidimensional dos cuidados médicos com dados sobre estrutura, processos e resultados. O uso de indicadores em sistemas integrados de informação pode melhorar o resultado financeiro dos hospitais e promover a transparência nas ações, caso sejam aliados à política institucional (BITTAR, 2004; WURSTER; LICHTENSTEIN; HOGEBOM, 2009).

O monitoramento por indicadores pode contribuir para a melhoria da qualidade, produtividade e baixo custo nos serviços de saúde, quando combinado com outras ferramentas de gestão e alinhado à estratégia organizacional (SCHOUT; NOVAES, 2007). Para tanto, é necessário: ter clara a perspectiva do significado que o indicador pretende refletir, definir quais

aspectos do cuidado em saúde serão medidos e verificar quais são as evidências científicas disponíveis (ESCRIVÃO, 2007). Indicadores podem variar conforme as necessidades da organização, estando em consonância com as características e demandas de saúde da população.

A satisfação dos consumidores é o principal indicador de qualidade para fornecedores de saúde (KHATTAB; ABORUMMAN, 2011). Avaliação da qualidade em serviços de saúde implica a análise das intervenções dos especialistas em relação aos resultados percebidos pelos pacientes. A abordagem do *Institute Of Medicine* (IOM, 2001) considera seis critérios baseados nos pacientes para a avaliação da qualidade em saúde: segurança, efetividade, cuidados, adequação no tempo, eficiência e equidade. Esses critérios são objetivos de qualidade em saúde pública.

Assim como médicos aplicam o conhecimento sobre anatomia humana para prevenir e restabelecer a saúde dos clientes, gestores podem usar o conhecimento sobre a “anatomia do desempenho” para prevenir problemas organizacionais e executar a melhoria da qualidade (RUMMLER; BRACHE, 1992). Os programas de qualidade restringem-se, entretanto, ao diagnóstico e posicionamento organizacional baseados em modelos (RUMMLER; BRACHE, 1992). Essa é apenas a primeira etapa da busca da qualidade nesses serviços e exige uma abordagem complexa com elementos para a melhoria efetiva.

Para atingir a complexidade estratégica, é necessário aplicar diversos indicadores como instrumentos de gestão (SLACK et al., 1997). O resultado de uma aplicação eficaz de indicadores é o aumento do conhecimento sobre pontos críticos nos processos, permitindo uma avaliação contínua da eficiência destes (PRAHINSKY; BENTON, 2004). Indicadores são, portanto, essenciais para proporcionar informações mensuráveis que permitam descrever a realidade organizacional.

Dessa forma, o modelo de gestão pela qualidade está ligado à evolução do uso, acesso e transferência da informação veiculada nos sistemas de indicadores (GONÇALO; BORGES, 2010). Esses autores consideram organizações de saúde com ênfase em informação como organizações tradicionais. A complexidade dos serviços hospitalares demanda que sejam concebidos como organizações de aprendizagem (GONÇALO; BORGES, 2010).

Porém, são necessárias diversas informações para satisfazer as necessidades de tomada de decisão em saúde pública, que podem ser atendidas com o uso combinado dos principais subsistemas de informação em saúde: censo, pesquisas domiciliares, vigilância em saúde pública, registro de eventos vitais, estatísticas de serviços de saúde e monitoramento de recursos (WHO, 2007; STANSFIELD et al., 2006).

Tanto a geração quanto o uso de informações em saúde são operados nos diferentes

níveis do sistema de saúde. Vários tipos de dados são obtidos e utilizados por diversos atores com finalidades variadas. Os prestadores de serviços geram e utilizam a informação no contexto dos cuidados dos pacientes; os gestores precisam de dados para aumentar a eficiência e eficácia; os planejadores contam com estatísticas para as decisões operacionais; e os políticos utilizam a informação para a priorização e alocação de recursos (ABOUZAHR; ADJEI; KANCHANACHITRA, 2007).

É comum, nos procedimentos do SUS, que a avaliação dos serviços se utilize de indicadores embora muito especificamente para cada serviço e não para a gestão. Quanto à avaliação, contudo, não existe um modelo que explicita a qualidade desses serviços. É necessário um modelo que descreva como a prestação de serviços é percebido pelos clientes, pois normalmente os serviços exigem elevado envolvimento do paciente no processo saúde-doença (GRÖNROOS, 2006).

As dificuldades em avaliar serviços aparecem nas tentativas de estabelecer tipos, formas, finalidades. Na área da saúde, para fins didáticos, Vieira da Silva (2005, p.17) cita o espectro da avaliação, no qual um extremo pode ser representado pelas avaliações presentes na vida cotidiana e outro extremo pela investigação avaliativa.

Dentre as técnicas de análise financeira, destaca-se a análise por meio de índices/indicadores (MATARAZZO, 2003). Martins (2005) afirma que a avaliação por meio de indicadores de desempenho é adequada para análises históricas e também para análises comparativas entre organizações. Assim, percebe-se a importância da utilização de indicadores de desempenho para auxiliar a análise financeira tanto de empresas como de organizações hospitalares.

Segundo Moraes (1994), os indicadores de desempenho de hospitais devem ser monitorados em conjunto, com o intuito de disponibilizar informações contextualizadas ao ambiente organizacional. Os resultados do processo de avaliação por meio de indicadores são informações utilizadas para o planejamento e para o controle da gestão organizacional. Destaca-se que essas informações geradas são a finalidade central da utilização de indicadores (SOUZA et al., 2008).

Nesse contexto, o papel dos gestores das prestadoras de serviços de saúde ganha destaque, uma vez que o sucesso ou não da atividade gerencial está associado à habilidade do gestor para tomar decisões eficazes (MIHAELA, 2015). Normalmente, os gestores da área de saúde possuem competências e habilidades desenvolvidas na vivência do ambiente de saúde. Além disso, percebe-se que não é incomum uma existência de profissionais que carecem de formação na área de gestão administrativa que, apesar disso, são desafiados a gerir um ambiente

com recursos limitados, impacto social e alta demanda (OLIVEIRA et al., 2011).

Dessa forma, a criação e a padronização de indicadores podem auxiliar na interação entre especialistas, pesquisadores e tomadores de decisão, possibilitando a geração de uma visão integrada que inove a elaboração do planejamento de serviços de saúde no Brasil (BÁSCOLO et al., 2006).

Portanto, a relação entre, os indicadores de desempenho em função de uma excelência na gestão da saúde são frequentemente encontrados na literatura. Há levantamentos sobre o uso de planejamento como ferramenta de gestão, como Artmann, Azevedo e Sá (1997), Lima Gonçalves e Ache (1999), além de outros, como (INAMDAR; KAPLAN; BOWER, 2002; FUNCK, 2007; CORREA; PROCHNIK; FERREIRA, 2009) que apontaram o uso de ferramentas para mensurar o desempenho e a formação estratégica em organizações de saúde. Existem também estudos que analisam a administração hospitalar e o uso de ferramentas de gestão na tomada de decisão estratégica e no controle organizacional (MALIK; PENA, 2003; SOUZA et al., 2009).

1.1 TEMA E PROBLEMA

Condicionando o entendimento do assunto de forma a compreender que os indicadores de desempenho para uma gestão estratégica são aquelas utilizadas tanto na elaboração quanto na definição de estratégia de uma organização.

Por serem muitos os indicadores entendidos como ferramentas de gestão possíveis de auxiliar na elaboração estratégica organizacional e influenciar no desempenho, procurou-se englobar as consideradas mais frequentes entre os seguimentos da saúde.

Indicadores de saúde são parâmetros, utilizados internacionalmente, com o objetivo de avaliar sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde. Ainda, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo (ROUQUAYROL, 2010).

Em 1968, a França desenvolveu o primeiro trabalho de balanço socioeconômico – *Sociétés Coopératives Ouvrières* –, inaugurando uma série de tentativas de avaliação com o objetivo de medir o que hoje se entende por desempenho corporativo no campo social. Pode-se afirmar que surgia ali o primeiro esboço de um modelo de Balanço Social.

Desse trabalho culminou, em 1977, segundo Zarpelon (2016, p. 6), a “promulgação da primeira lei nacional [francesa] que obriga as empresas a realizar balanços periódicos para

avaliar o desempenho social”.

Outro modelo que se tornou um dos mais importantes é de origem norte-americana. Foi gerado a partir da experiência de grupos de trabalhos que incluíam especialistas e representantes de stakeholders – *Council on Economics Priorities Accreditation Agency* (CEPAA), organização não governamental, atualmente chamada *Social Accountability International* (SAI). Elaborado em outubro 1997, o *Social Accountability 8000* (SA8000) passou a ser a primeira certificação global com foco na responsabilidade social de empresas (SORATTO et al., 2016).

O SA8000 é um sistema de auditoria similar ao ISO 9000, oferece certificação internacional para diferentes países, culturas e religiões e está estruturado em nove elementos básicos: trabalho infantil, trabalho forçado, saúde e segurança, liberdade de associação e direito à negociação coletiva, discriminação, práticas disciplinares, horários de trabalho, remuneração e sistema de gestão. Essa certificação baseia-se em diretrizes internacionais de direitos humanos para assegurar condições dignas de trabalho (ALLEDI; QUELLAS, 2002). Contudo, tem limitações, tendo em vista que foca apenas na garantia de direitos fundamentais dos trabalhadores e é mais adaptável às empresas que têm centro de compra e processos produtivos industriais.

Em setembro de 2009, foi criada, pelo então presidente francês Nicolas Sarkozy, a *Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress* (Comissão sobre a medição do desempenho econômico e progresso social). Presidida pelo Professor Joseph E. Stiglitz, da Universidade de Columbia, tem como Conselheiro Presidente o Professor Amartya Sen, da Universidade de Harvard, e como Coordenador da Comissão o Professor Jean-Paul Fitoussi, do *Institut d'Etudes Politiques de Paris* e presidente do *Observatoire Français des Conjonctures Economiques* (OFCE) (STIGLITZ; SEN; FITOUSSI, 2009).

No Brasil, o primeiro modelo que alcançou uma considerável aceitação foi o Balanço Social do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase), publicado anualmente numa espécie de demonstrativo contábil. O indicador reúne um conjunto de informações sobre projetos, benefícios e ações sociais dirigidas aos stakeholders da organização. Uma de suas deficiências é que não há a possibilidade de demonstrar paralelamente, no relatório, os direitos em relação às obrigações, como se faz no balanço patrimonial de qualquer organização. O formulário e sua análise não levam em conta as ações corporativas que possam gerar impactos negativos e nem contemplam os malefícios oriundos do consumo de seus produtos ou serviços. Assim, o modelo de formulário do balanço social dá margens para que a organização camufle possíveis desníveis e, portanto, sua dívida social em relação às suas ações operacionais

(YANAZE; AUGUSTO, 2008).

Bloom e Van Reenen (2010), em pesquisa realizada com dados de quase 1.200 hospitais no grupo de 7 países mais ricos do mundo (Canadá, França, Alemanha, Itália, Suécia, Reino Unido e EUA), sugerem que melhorias nas práticas de gestão hospitalar podem ajudar a gerar ganhos de produtividade, ou seja, melhores práticas de gestão estão relacionadas com o aumento da produtividade e outros indicadores de desempenho, tais como: retorno sobre o patrimônio empregado, crescimento das vendas e das taxas de sobrevivência.

Assim como os gestores das instituições hospitalares podem utilizar indicadores para gerir suas unidades, há de se considerar um interesse similar dos órgãos reguladores, Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde, responsáveis pela definição das diretrizes de políticas públicas de saúde em seus respectivos âmbitos de atuação, federal, estadual e municipal em relação aos seus objetivos de planejar, executar, monitorar e avaliar as situações de saúde. Por exemplo, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), os indicadores servem de parâmetro de comparação para avaliar as condições relativas de saúde da população entre os 192 países que compõem a Organização das Nações Unidas (ONU), dentre eles o Brasil.

Em 2011, é publicado o Decreto nº 7.508, que regulamenta a Lei nº 8.080, substituindo a edição de portarias ministeriais com Normas Operacionais e Pactos. Tal decreto reafirma o caráter regional e hierarquizado do sistema de saúde, cria instrumentos e ferramentas para fortalecer o planejamento, a organização, a gestão e o controle do SUS, dentre eles: a Relação Nacional de Serviços de Atenção à Saúde (Renases), o Mapa da Saúde e o Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap). Altera a designação de Comissão de Gestão Regional para Comissão Intergestores Regional (CIR). Além disso, mantém a sistemática de pactuação de metas de indicadores de saúde a serem atingidas e cria uma série de novas ferramentas e obrigações para os entes federados (BRASIL, 2011).

Dentre os indicadores institucionalizados e utilizados para avaliação, estão os do pacto pela saúde. (BRASIL, 2006). Além deles, o SUS dispõe de vários instrumentos chamados de gestão e de sistemas de informação, como o 'Plano de Saúde', a 'Programação Anual' e o 'Relatório de Gestão'. Entre os sistemas de informação estão o de orçamento público em saúde – SIOPS; o ambulatorial – SIA/SUS; da atenção básica – SIAB; de mortalidade – SIM; de nascidos vivos – SINASC, entre outros.

As informações sobre indicadores de saúde podem ser identificadas em páginas dos sítios disponíveis na Internet. Alguns dos bancos de dados conhecidos e utilizados são: DATASUS (banco de dados do Sistema Único de Saúde), IBGE, OMS, SIOPS – sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde.

A complexidade dos sistemas de saúde, a escassez de recursos e a carência de gestão eficiente e eficaz justificam investimentos em análises de evidências que indiquem novos conhecimentos para agregar valor à saúde da população, ao setor e à sociedade (CORRAO et al., 2009; GONÇALO; BORGES, 2010; PORTER; TEISBERG, 2005; WHITE et al., 2011).

Dessa forma, os indicadores apontam a ocorrência de situações que se desviam daquelas consideradas normais ou esperadas, assim o processo de gestão deve ser dinâmico e constantemente monitorado a fim de evitar a instalação de problemas (PERROCA et al., 2007). Com o intuito de aferir assistência, gerência e produtividade, deve-se enfatizar a importância do treinamento da equipe, posto que é fundamental a obtenção de dados e informações fiéis para a construção de indicadores, bem como a anotação sistemática das ocorrências e dos eventos relativos ao funcionamento do serviço de saúde.

Tal situação somente será obtida a partir da sensibilização dos médicos, dos enfermeiros, da equipe de enfermagem e demais colaboradores que executam anotações (DUARTE et al., 2006).

Com este entendimento, pode-se conceituar indicador como uma unidade de medida de uma atividade com a qual se está relacionada, ou ainda, uma medida quantitativa que pode ser empregada como um guia para monitorar e avaliar a assistência e as atividades de um serviço; a construção de indicadores de qualidade implica explicitação de referenciais (KURCGANT et al., 2006).

Assim, os sistemas de informação em saúde englobam componentes que permitem o processamento e a análise de informação, mas nem sempre são transformados em conhecimento e disseminados na Instituição, para serem utilizados na tomada de decisão gerencial. Eles também não são, ou são pouco utilizados para as decisões gerenciais, haja vista que as pessoas da instituição não estão familiarizadas com o manuseio das tecnologias.

Vasconcellos, Moraes e Cavalcante (2002, p.221) alertam a defasagem existente entre o avanço do conhecimento no campo das tecnologias de informação e a incorporação destas tecnologias no processo de gestão em saúde no Brasil.

No relatório *Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes* (WHO, 2007), a Organização Mundial de Saúde (OMS) coloca os sistemas de informações em saúde (SIS) como um dos seis blocos essenciais na construção de um sistema de saúde (prestação de serviços, profissionais de saúde, informação, produtos médicos, vacinas e tecnologias, financiamento, e liderança e governança). Afirma, ainda, que um sistema de informações em saúde que funcione bem é aquele que não só garante a produção de informação confiável e oportuna sobre o estado de saúde da população, seus determinantes e o desempenho do sistema

de saúde, mas também que produz análises para orientar as atividades em todos os outros blocos do sistema.

Assim, as estatísticas de saúde devem permitir que os tomadores de decisão, em todos os níveis do sistema, identifiquem avanços, problemas e necessidades, tomem decisões baseadas em evidências sobre políticas e programas de saúde, e aloquem de forma otimizada recursos, na maioria das vezes escassos (MUTALE et al., 2013).

O ambiente em que as organizações estão inseridas apresenta-se cada vez mais complexo e a demanda por informações acuradas para auxiliar na tomada de decisão gerencial é cada vez mais crescente (SOUZA et al., 2008). Dentre as prestadoras de serviços, as organizações voltadas para a área de saúde, em especial os hospitais, têm passado por dificuldades de avaliação comumente relatadas na literatura (AZEVEDO, 2001).

Silva et al. (2006, p. 3) definem a gestão na saúde como algo extremamente complexo, pois a sua administração, por profissionais sem a devida especialização, ocasiona conflitos no processo decisório orçamentário e financeiro.

Assim, os profissionais responsáveis pela gestão devem estar preparados e precisam saber lidar com as informações que lhes são fornecidas ou buscar as informações necessárias à tomada de decisão. A utilização de indicadores de desempenho, especialmente aqueles atrelados ao desempenho econômico-financeiro, pode contribuir expressivamente para a eficiência da gestão (SILVA, 2005).

O principal objetivo de tais indicadores, segundo Souza et al (2008, p. 4), é “disponibilizar informações úteis de diversas áreas e níveis organizacionais, a fim de auxiliar os gestores no processo decisório”.

Considerando-se que os hospitais operam por meio de processos internos com grande complexidade e interdependência, dependendo, portanto, de profissionais altamente especializados, depreende-se que há também uma demanda por profissionais capacitados para sua gestão (SOUZA et al., 2008).

Atualmente, a área da saúde brasileira passa por problemas financeiros em razão da falta de recursos e também da defasada gestão financeira. Essa defasagem na gestão de organizações hospitalares públicas e privadas pode ser atribuída à não utilização de instrumentos que auxiliem no processo de gestão, tais como ferramentas adequadas para controle de custos, mensuração de resultados e análise de projetos de investimentos (CARPINTÉRO, 1999).

Sendo assim, um dos fatores mais importantes que podem determinar a significância ou não de um índice ou indicador é a sua legitimidade perante o público usuário. Ao consolidar e mensurar as informações, o objetivo dos indicadores é ser claro, de fácil entendimento. “Os

indicadores são de fato um modelo da realidade, mas não podem ser considerados a própria realidade, entretanto devem ser analiticamente legítimos e construídos dentro de uma metodologia coerente de mensuração” (BELLEN, 2007).

Portanto, a solução adequada para medir a sustentabilidade do desenvolvimento depende do método adotado, mas não garante sua perfeita mensuração. “Essa cegueira sobre as possibilidades futuras de formas sustentáveis de organização social só poderá diminuir com o aperfeiçoamento das metodologias científicas voltadas à montagem de cenários” (VEIGA, 2006). Dessa forma, a cobrança por sistemas de indicadores adequados vem crescendo a cada dia, tendo em vista que as organizações e diversos atores sociais estão em constantes embates sobre o que devem medir e quais as tomadas de decisões adequadas a partir das informações provenientes do método adotado.

Trazendo para momentos atuais à avaliação de desempenho se tornou um instrumento fundamental na gestão das organizações ante o ambiente de competitividade dinâmica no qual as empresas estão inseridas. Machado, Machado e Holanda (2007) afirmam que a mensuração do desempenho tem como objetivo principal ser um instrumento de gestão capaz de proporcionar um gerenciamento eficaz da organização, e este é dependente de uma série de variáveis, como bases informativas, variáveis consideradas, critérios, conceitos e princípios adotados. A avaliação é influenciada principalmente pelos objetivos e metas da empresa, que se refletem no exercício do controle e estão correlacionados com as fases de execução e planejamento das atividades.

Dutra (2003) destaca que, sem as medidas de desempenho, os gestores de uma organização não possuem fundamentos consistentes para: comunicar a seus colaboradores as expectativas de desempenho esperadas pela organização; saber o que está acontecendo em cada área de atuação da organização; identificar os aspectos deficientes e/ou eficientes no desempenho da organização, gerando oportunidade de eliminação ou revisão deles; fornece feedback aos colaboradores que demonstrarem um desempenho aquém do planejado pela organização; identificar os aspectos que apresentam melhor desempenho; tomar decisões baseadas em informações sólidas, transparentes e que possam ser justificadas.

Contudo, é possível observar um consenso na literatura (BONNEFOY; ARMIJO, 2005; GUSMAN, 2004; OSPINA, 2001) quanto ao fato de que o uso da informação gerada pelos indicadores de desempenho é ainda um ponto frágil do desenvolvimento da gestão orientada para resultados. A esse respeito, Ospina (2001) acrescenta que um sistema de avaliação de gestão pública supõe um desenho institucional que produza incentivos necessários para que seus usuários vejam necessidade de demandar a informação [...] e de estabelecer conexões entre

essas (OSPINA, 2001).

Diante do exposto, este estudo apresenta a seguinte questão central de pesquisa: Quais as contribuições das pesquisas sobre os instrumentos de planejamento da gestão da saúde, bem como dos indicadores de desempenho em saúde, realizadas nos programas de gestão da saúde?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar quais as contribuições das pesquisas sobre os instrumentos de planejamento da gestão da saúde, bem como dos indicadores de desempenho em saúde, realizadas nos programas de Stricto-Sensu em Administração brasileiros.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) evidenciar os indicadores de desempenho como instrumentos de planejamento da gestão na saúde.
- b) apresentar os estudos encontrados na relação entre os indicadores de desempenho e o gerenciamento da saúde.
- c) verificar o perfil de dissertações e teses acerca da gestão em saúde realizadas em programas stricto sensu em Administração.
- d) construir uma abordagem metodológica que possa ser utilizada para o monitoramento do desempenho do sistema de saúde.
- e) apresentar as lacunas de pesquisa encontradas, propondo o avanço de estudos na área.

1.3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

As novas relações e propostas de gestão da qualidade em assistência e avaliação de desempenho de serviços e sistemas de saúde vêm sendo constantemente aprimoradas e embasadas no crescente desenvolvimento metodológico. Entretanto, para que essas iniciativas possam se consolidar é preciso fortalecer o sistema de coleta de dados, produção de registros, e a gestão de informações. O fortalecimento dessa rede de informação é imprescindível para obtenção eficaz de dados confiáveis que possam subsidiar o cálculo dos indicadores e confiabilidade das análises (ALEXSANDER et al., 2006). Nesse sentido, este estudo ganha relevância na necessidade de discutir e elucidar a importância e o uso de indicadores de

qualidade na gestão em saúde.

Estudos da década de 1990 mostram que nem todas as informações geradas pelos serviços de saúde são utilizadas para a análise da situação de saúde, para a definição de prioridades ou para a reorientação de práticas. Silva e Formigli (1994) afirmaram que, caso fossem analisadas, essas informações poderiam se constituir-se em matéria-prima para um processo desejável de avaliação continuada dos serviços. Branco (1998) também identificou a dificuldade representada pela reduzida utilização das informações de saúde, e atribuiu o problema ao fato de que, não obstante a produção considerável de dados e informações pelo setor saúde, os gestores ainda atribuem pouca relevância ao uso de informações como princípio básico de gerência.

Pesquisas mais recentes também mostram que a utilização do sistema de informações em saúde para subsidiar o planejamento e a tomada de decisões no nível local continua incipiente (SILVA; LAPREGA, 2005; FREITAS; PINTO, 2005). Na interpretação desses autores, o sistema de informações em saúde não estaria atingindo sua finalidade de servir como instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde. Pensando assim, este estudo trabalha com a hipótese de que a disponibilidade de informações por si só não garante o seu uso na gestão e gerência em saúde (ABOUZAHAR; ADJEI; KANCHANACHITRA, 2007; STANSFIELD et al., 2006).

Passados alguns anos do início da pactuação de indicadores do Pacto pela Saúde, faz-se necessário conhecer a evolução na absorção destes indicadores reforça o entendimento do estudo que discute não só a evolução de indicadores, mas também as peculiaridades do planejamento da gestão em saúde. Considera-se o assunto de grande importância.

Aliado aos processos políticos institucionais faz-se necessário salientar que o planejamento das ações torna-se a base para a eficiência da administração dos serviços de saúde. Tancredi (1998), considera o planejamento como instrumento que permite melhorar o desempenho, além de otimizar a produção e elevar a eficiência e eficácia dos sistemas no desenvolvimento das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

Entretanto, Mintzberg (2004), o define como “procedimento formal para produzir um resultado articulado, na forma de um sistema integrado de decisões”.

Enquanto, Chorny (1998, p 5-30.), define como: “(...) decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro”.

Mcgee e Mrusak (1995), ressaltam a necessidade de se apresentar a informação de desempenho e o contexto na qual ela está inserida, isto é, ela deve ser apresentada

conjuntamente com outras informações relevantes como: o plano de ação empregado para elevar o desempenho, o que foi implementado, quais os resultados eram esperados. Isto acaba facilitando a interpretação do desempenho atingido. Forza e Salvador (2000), ressaltam que o nível de detalhamento, a apresentação de gráficos, o layout no qual a informação sobre o desempenho é disposta, contribuem para determinar a adequabilidade para o usuário do feedback específico.

Contudo, medir o desempenho é uma tarefa complexa e multidimensional por existir vários estilos de gestão e diversas definições e modelos de monitoramento e avaliação de desempenho (MCCANN, 2008 apud CHAMPAGNE, 2010, p. 85).

Como afirma Pernelle (2008), existe uma estreita relação entre o estilo de gestão adotado e o conceito de desempenho seguido por cada organização. Esta relação é caracterizada pelo autor como holo gramática na medida em que uma é o reflexo da outra. Entretanto, por meio dos sistemas de gerenciamento de desempenho as concepções tanto do estilo de gestão quanto de desempenho podem modificar-se, devido às múltiplas inter-relações e influências que existem entre eles.

Os sistemas de gerenciamento de desempenho, de forma geral, requerem articulação entre as atividades de monitoramento e de avaliação, de forma que permitam melhorar a governança e as práticas administrativas (LAHEY, 2010). Os indicadores de desempenho recebem papel de destaque enquanto atividade inerente ao processo gerencial e é entendido como prática reflexiva de acompanhamento das intervenções, que permite uma apreciação continuada dos programas governamentais de modo a prover a administração de informações sintéticas que subsidiem o processo de tomada de decisão (CARVALHO et al., 2002; HARTZ, 2011). Esta estratégia vem sendo utilizada por agências internacionais, como ados Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID, 2011) e por governos de todo o mundo, a exemplo do Canadense (LAHEY, 2010), como uma importante ferramenta indutora de mudanças.

Na literatura, pouco se discute sobre a prática e o uso do monitoramento. A maioria dos trabalhos está relacionada à avaliação de programas, serviços e sistemas de saúde. O monitoramento, por vezes, fica restrito a uma etapa anterior ou de subsídio à avaliação, sendo pouco exploradas suas potencialidades e perspectivas de uso na gestão em saúde.

O desenvolvimento do sistema de gestão hospitalar vem sendo reportado na literatura recente. O crescimento do movimento pela qualidade neste setor tem direcionado estas instituições na busca por uma gestão mais eficaz. Entretanto, a estruturação dos sistemas de medição na área da saúde ainda é incipiente.

Alguns estudos abordam a aplicação da metodologia do BSC na área hospitalar (CHAGAS, 2006; JUNG; JAQUES, 2006; PEREIRA, 2005), entretanto poucos estudos apresentam modelos de avaliação de desempenho, aplicados as diferentes áreas que compõe o hospital. A respeito disso, Bittar (1996) coloca que a avaliação global dos hospitais deve ser sempre acompanhada de avaliações setoriais, para que as conclusões sobre a produtividade sejam mais efetivas.

A utilidade desses indicadores de desempenho na gestão da saúde justifica-se por permitirem a análise da qualidade das mais variadas atividades executadas voltadas à prestação de assistência assim como à pesquisa dentro de um contexto acadêmico. Por meio deles, é possível verificar (qualificar e mensurar) se as ações desenvolvidas estão ou não alcançando os objetivos e metas estabelecidos e, ainda, aferir outros efeitos (tanto positivos como negativos) não programados.

1.3.1 ADERÊNCIA DO PROJETO À LINHA DE PESQUISA

Mudanças constantemente afetam o sistema de gestão na saúde, sendo assim, os indicadores de desempenho redefinem e funcionam como instrumentos de planejamento na gestão. Os indicadores são decorrentes da gestão estratégica (valores, missão, visão de futuro, fatores críticos para êxito e metas estratégicas), da gestão operacional (macroprocessos e processos) e das partes interessadas (clientes, servidores, sociedade, fornecedores etc.). Há necessidade de se manter alinhamento e integração entre os indicadores (VIEIRA; DETONI; BRAUM, 2006).

Neste contexto, o estudo observará a relação dos indicadores de desempenho no planejamento na gestão da saúde sendo objetos nos programas de estudos em administração. Para tanto, será analisada a inter-relação entre os construtos dos indicadores de desempenho, gestão da saúde e programas em administração, como eles levam a informação e proporcionam vantagens de desempenho a saúde. É importante ressaltar que não serão abordados aspectos técnicos relacionados à renovação de novos instrumentos para o desenvolvimento de indicadores de planejamento.

Embora a ênfase deste trabalho resida na relação dos indicadores de desempenho com a gestão na saúde, Segundo Graeml (2000), “os indicadores de desempenho são informações que registram e retratam o comportamento de uma atividade, de uma função ou de toda uma organização. Normalmente são representados por valores e grandezas mensuráveis, absolutas ou relacionadas, que variam no tempo e/ou espaço” (PONTES et al., 2008), serão abordados os

assuntos dentro do contexto como objetos de estudos dos programas em administração.

Além das estruturas governamentais nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), estão envolvidos outros setores de governo que produzem informações relativas à saúde, instituições de ensino e pesquisa, associações técnico-científicas, agências não governamentais, organismos internacionais e instâncias de controle (RIPSA, 2008, p.14).

Corroborando com o que foi afirmado, para Pintec (2010), a competitividade alcançada pelas organizações é diretamente influenciada pelos esforços despendidos em busca da inovação. Sendo que, a inovação gerada por um processo de captação dos indicadores de qualidade eficientes podem ser uma resposta para as empresas do País que, expostas a uma acirrada concorrência, têm buscado se diferenciar (CNI, 2006).

O indicador número de patentes, sugerido por Lockwood (2008) e Andrews et al. (2009), é um dos indicadores mais utilizados para medir a inovação, de acordo com a literatura da área.

A maioria das organizações usa algum tipo de planejamento estratégico para identificar objetivos ou tomar iniciativas e um sistema de medição dos resultados dessas ações dota os administradores de um instrumento competente para que eles verifiquem se estão dirigindo e movendo a empresa no sentido pretendido, confirmam Hacker e Brotherton (1998). A administração inovadora deve estar bem avisada da significância de ser focada sobre indicadores de desempenho, pois, conforme (PARMENTER, 1998), estes medem o pulso da organização. Uma interessante posição é defendida por (EISENHARDT; SULL, 2001) afirmando que enquanto o ambiente competitivo era simples, as companhias poderiam dar-se ao luxo de ter estratégias complexas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SERVIÇOS DE SAÚDE

Unidades de Serviços de Saúde são estabelecimentos destinados a promover a saúde do indivíduo, protegê-lo de doenças e agravos, prevenir e limitar os danos a ele causados e reabilitá-lo quando sua capacidade física, psíquica ou social for afetada (ANVISA, 2021).

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado com a promulgação da Constituição Federal de 1988, estabeleceu o direito de acesso gratuito a todos os cidadãos brasileiros. Antes da promulgação desta Constituição Federal, havia uma divisão de classes de atendimento pelo serviço de saúde, que segundo Paiva (2013), eram classificadas em três categorias: a classe privilegiada que podia pagar pelos serviços de saúde privados, os trabalhadores de carteiras assinadas (previdência social) que tinham direito ao atendimento ao serviço público e aqueles cidadãos menos privilegiados que não tinham direito algum.

Segundo o Ministério da Saúde, o SUS tem mais de 6,5 mil hospitais credenciados, 45 mil unidades de atenção primária e 30,3 mil Equipes de Saúde da Família (ESF). O sistema realiza 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais anuais, 19 mil transplantes, 236 mil cirurgias cardíacas, 9,7 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia e 11 milhões de internações (PORTAL BRASIL, 2009).

A (Lei nº 8.080/1990) que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, em seu inciso VI do Artigo 7, do Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, destaca-se o princípio da divulgação de informação quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário.

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. A busca de medidas do estado de saúde da população é uma atividade central em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência.

Com os avanços no controle das doenças infecciosas e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes sociais, passou-se a analisar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros, os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com

tal finalidade (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008, p.13).

2.1.1 A SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO

No início do século XX o desenvolvimento de políticas sociais se constituiu em uma estratégia de incorporação de segmentos de classe média e dos trabalhadores urbanos ao projeto político de industrialização e modernização do país (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

O Sistema de saúde tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de enorme relevância e que apresenta resultados inquestionáveis para a população brasileira. Através dos resultados alcançados são inegáveis os avanços do mesmo, entretanto, persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal que possa prestar serviços de qualidade a toda população brasileira (CONASS, 2006).

A VIII Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, teve grande representatividade e disseminou politicamente um projeto democrático de reforma sanitária voltado a universalização do acesso, à equidade no atendimento, à integralidade da atenção, à unificação institucional do sistema, à descentralização, à regionalização, à hierarquização da rede de serviços e à participação da comunidade (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

Um dos principais avanços da implementação do sistema de saúde, ao longo da década de 1990, se relaciona ao acelerado processo de descentralização político-administrativa, com progressiva transferência de responsabilidades e recursos do nível federal para os gestores estaduais e municipais (SOUZA, 2001).

Outro avanço em relação ao sistema de saúde está na participação da comunidade nos processos de gestão. Hoje, a participação comunitária em saúde é principalmente um canal importante de relação entre o Estado, os trabalhadores e a sociedade na definição e no alcance de objetivos setoriais de saúde, ao mesmo tempo orientada para a modificação favorável dos determinantes sociais de saúde tendo em vista a conquista de maior autonomia da comunidade em relação a tais determinantes ou aos próprios serviços de saúde e ao desenvolvimento da sociedade (CONASS,2009).

2.1.2 INDICADORES HOSPITALARES

Os indicadores hospitalares ou medidas de avaliação hospitalar, são instrumentos capazes de complementar a avaliação da situação de saúde de uma comunidade. (LAURENTI

et al., 2005).

Conforme afirmam Pontes et al. (2008), os indicadores têm sido utilizados para mensurar o desempenho de inúmeras atividades produtivas. A evolução das metodologias de gestão pela qualidade foi acompanhada de uma crescente necessidade de coletar, tabular e analisar dados a fim de identificar desvios e racionalizar processos.

Para a Associação Paulista de Medicina e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (2002), as métricas hospitalares são instrumentos utilizados para avaliar a performance hospitalar, envolvendo sua organização, recursos e metodologia de trabalho. Os dados coletados nas diversas áreas do hospital, quando associados entre si, transformam-se em instrumentos de gestão favoráveis para a avaliação da assistência prestada, quantidade e tipo de recursos envolvidos, controle dos custos gerados na produção dos serviços e grau de resolutividade dos mesmos.

Em que pese o fato de que indicadores são meramente reflexos de uma situação real e, portanto, medidas indiretas e parciais de uma situação complexa, quando calculados sequencialmente, no tempo, podem indicar a direção e a velocidade das mudanças e servem para comparar diferentes áreas ou grupo de pessoas em um mesmo momento (MELLO JORGE et al., 2002).

Conforme afirmam Moura et al. (2009); Vieira, Detoni e Braum (2006); Souza e Almeida (2010), que “a concepção de indicadores pode ser entendida como as características mensuráveis da prestação de serviços utilizadas pelo hospital para avaliar e melhorar o seu desempenho e a eficiência da assistência e dos serviços prestados pela instituição de saúde, seja pública ou privada”

Afirmam Pontes et al. (2008), utilizar indicadores de desempenho como forma de melhorar o gerenciamento dos hospitais e como forma de comparação de seus resultados tem sido percebido pelos hospitais como fator crítico de sucesso. Esta tendência de trabalhar com indicadores na saúde está sendo evidenciada pela preocupação crescente de instituições como CQH; PROHASA; SIPAGEH e SINHA, que estão construindo gradativamente sua estrutura de indicadores e criando assim referenciais comparativos para o seguimento hospitalar.

A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008, p.13).

Os indicadores e informações devem representar o conjunto de requisitos utilizados pela organização para determinar a adequação e a eficácia das práticas utilizadas na gestão da

organização e, a partir dessa avaliação, verificar a necessidade de melhorias (PROGRAMA DE COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR, 2009).

Barbosa et al. (2014), exemplificam alguns indicadores utilizados nas organizações hospitalares, dentre as diversas necessidades de acompanhamento e análise dos seus processos:

Quadro 1 - Indicadores de Organização Hospitalar.

| | Indicadores | |
|-----------------------------|--|--|
| Ensino e Pesquisa | Número de aluno por docente. | |
| | Número de docente por residente, qualificação dos docentes e/ou preceptores (% com mestrado e doutorado). | |
| | Número de dissertações de mestrado. | |
| | Número de teses de doutorados. | |
| | Número de periódicos nacionais. | |
| | Número de artigos publicados em periódicos internacionais. | |
| | Número de projetos aprovados no Comitê de Ética e pesquisa. | |
| Estrutura | Kg roupa lavada (mês). | |
| | Capacidade operacional (leitos). | |
| | Número de consultórios. | |
| | Número de salas cirúrgicas. | |
| | Consultas/mês. | |
| | Exames/mês. | |
| Produção | Taxa de ocupação hospitalar. | |
| | Nº de cirurgias por sala / dia. | |
| | Taxa de cirurgias ambulatoriais. | |
| | Percentual de 1ª consulta. | |
| | Percentual de consultas de retorno. | |
| | Percentual de cirurgias de alta complexidade. | |
| | Percentual de cirurgias suspensas. | |
| | Percentual de cirurgias por porte (pequeno, médio e grande). | |
| | Percentual de procedimentos de alta complexidade. | |
| | Número de internações/mês. | |
| | Número de cirurgias e partos. | |
| Produtividade | Relação funcionário/leito. | |
| | Funcionários médicos/leitos. | |
| | Funcionários enfermeiro/leitos. | |
| Recursos Humanos | Número de cursos e treinamentos realizados. | |
| | Horas de treinamento/funcionário. | |
| Qualidade hospitalar | Média de permanência. | |
| | Taxa de mortalidade materna. | |
| | Taxa de mortalidade hospitalar | |
| | Taxa de infecção hospitalar. | |
| | Taxa de infecção em cirurgia limpa. | |
| | Taxa de infecção por cateter venoso central (em Unidade de Tratamento Intensivo - UTI, por 1000 dispositivos). | |
| | Percentual falta dos pacientes a consulta. | |
| | Taxa de parto cesáreo. | |
| | Percentual de parto de alto risco. | |
| | Percentual de parto de risco habitual. | |

| | | |
|--------------------|--|--|
| | Percentual de resolutividade das reclamações na ouvidoria. | |
| | Taxa de mortalidade institucional. | |
| Financeiros | Margem de contribuição. | |
| | Percentual do custo variável em relação à receita total. | |
| | Percentual de execução da capacidade de equilíbrio. | |
| | Superávit ou déficit de receita. | |

Fonte: Com base em Barbosa et al. (2014)

2.1.3 INDICADORES ECONÔMICOS E FINANCEIROS

Para Souza (2009), a ineficácia da gestão financeira dos hospitais, associada à defasada remuneração do SUS (Sistema Único de Saúde), acentuam o problema para todos os tipos de organizações hospitalares, sejam estas públicas ou privadas, filantrópicas ou não. Observa-se que o endividamento dos hospitais aumenta cada vez mais, levando à escassez de investimentos em manutenção de equipamentos, em capacitação profissional e em desenvolvimento da gestão da organização. Assim, torna-se importante um acompanhamento do desempenho econômico financeiro dos hospitais para que possam ser tomadas decisões que melhorem a situação financeira dessas organizações. Para tanto, o gestor hospitalar deverá amparar-se em ferramentas de gestão, conjunto de indicadores, capazes de mensurar e informar a situação econômico-financeira da instituição.

Roeder (2008), enfatiza que, como a maioria das organizações públicas tem uma sobrevivência relativamente garantida, devido ao apoio e a facilidade que as cerca, seu crescimento é naturalmente concedido pela ambiência. Crescem sem necessidade de uma análise concreta de relevância em cada estágio de sua evolução. Convivem mais facilmente com a ausência de indicadores de desempenho, ajudadas pela repressão interna da incerteza, que garante a tranquilidade institucional. Se os objetivos fossem mais bem definidos, maiores seriam o risco e a incerteza quanto à possibilidade de alcançá-los. Embora as estatísticas incrementais as,segurem a imagem de crescimento, este não ocorre sem atender à justificativa social da organização e à necessidade de sobrevivência.

Schuhmann (2008), afirma que indicadores podem ser utilizados para a avaliação da gestão financeira e da qualidade dos serviços prestados por hospitais. Especificamente, os indicadores de desempenho econômico-financeiro auxiliam na análise do resultado gerado pela operação do hospital, bem como na identificação de possíveis tendências e da necessidade de aprimoramento das práticas gerenciais.

Embora, os indicadores de desempenho econômico-financeiro tenham sua importância gerencial, apresentam viés para análise de performance organizacional, onde, Alves (2011)

expõe que medidas tradicionais, em grande parte financeiras e baseadas na contabilidade, por exemplo produtividade e rentabilidade, são inadequadas para medir a performance pelos motivos seguintes:

- Indicadores refletem o passado e não têm capacidade para antecipar o futuro.
- Não incorporam a formulação e implementação da estratégia, não ajudam os gestores a compreender problemas de performance e a iniciar ações atempadas.
- Encorajam orientação para curto prazo (ex. valor da empresa no mercado) e para otimização local, por exemplo, minimizar os preços no serviço de aprovisionamento.
- São irrelevantes para diversas áreas (qualidade, flexibilidade, tempo) e ignoram preocupações relevantes, como sejam o que os clientes desejam e o aperfeiçoamento contínuo.
- A afetação de custos é baseada em trabalho direto, quando o peso deste diminuiu acentuadamente e agora os custos fixos são maioritários por regra.
- São suscetíveis de confusão e manipulação.

2.2 GESTÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE

2.2.1 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E A MATRIZ SWOT

Conforme Rigby (2009), o planejamento estratégico é um processo capaz de transformar um negócio e definir como alcançar os objetivos organizacionais da melhor maneira possível. Mintzberg, Lampel e Ahlstrand (2000) já haviam definido o planejamento estratégico (PE) como um meio formal de se produzir um resultado articulado sob a forma de um sistema de decisões integrado. Além disso, os autores apresentaram ainda a importância que o planejamento tem de traduzir a estratégia empresarial, identificando os caminhos que a organização deve seguir, para então alcançar os objetivos prepostos.

Oliveira (2006) e Rezende (2003) apresentam a importância de elaborar o planejamento utilizando técnicas administrativas capazes de identificar as ameaças e oportunidades do ambiente externo em que a organização está inserida e identificar os pontos fortes, fracos e neutros do ambiente interno (análise SWOT). Para aqueles autores, é necessário apresentar um plano de trabalho que seja acompanhável e efetivo, detalhando todas as ações a serem tomadas. Ele também deve auxiliar os gestores no estabelecimento de metas que visem sempre aperfeiçoar o relacionamento entre o meio interno e externo e o controle das ações a serem tomadas.

O estudo de Malik e Pena (2003) procurou relacionar estrategicamente hospitais em São Paulo, Brasil, e Atlanta, EUA, e conseguiu identificar, na época, grandes diferenças de planejamento entre eles. O hospital brasileiro apresentou um desempenho inferior e sua visão não era bem definida. Por outro lado, o hospital de Atlanta possuía um planejamento bem estruturado e apresentou um ótimo desempenho.

2.2.2 BALANCED SCORECARD (BSC)

Kaplan e Norton (2007) escrevem que o Balanced Scorecard é uma ferramenta que busca integrar estratégias, ao comunicar-se com processos e sistemas de uma determinada organização, além de oferecer retroalimentação para todo o sistema. A importância do BSC está em associar as ações estratégicas à missão e visão organizacional não somente de ativos intangíveis. Para esses autores, o BSC é uma ferramenta dividida em três dimensões: Estratégia, Foco e Organização.

Correa et al. (2009), ao analisarem os trabalhos de Kaplan e Norton (1992, 1996, 2000 e 2001) constituem cinco etapas para a implementação do BSC em hospitais, citadas em ordem de prioridade:

(1) Traduzir a estratégia em termos operacionais – nessa etapa, estaria inclusa a criação de mapas estratégicos e a de valor a partir das quatro perspectivas do BSC: financeira; do cliente; de processos internos e do aprendizado e crescimento.

(2) Alinhar a organização à estratégia: seria a definição de uma missão e visão alinhada ao estabelecimento de valores que a organização quer apresentar.

(3) Transformar a estratégia em tarefa de todos: fazer a estratégia chegar a todos os pontos da organização para que todos compreendam a real importância de suas ações para o resultado pré-estabelecido no mapa estratégico.

(4) Converter estratégia em processo contínuo: conectar a estratégia ao processo orçamentário, implementar departamentos de estratégia, reuniões visando discutir o futuro organizacional, de forma que a estratégia seja ininterrupta e controlada, para assim apresentar melhores resultados.

(5) Mobilizar a mudança por meio da liderança executiva: o processo de estratégia deve fazer parte da cúpula executiva da organização.

Vários estudos apresentam o BSC como ferramenta gerencial para definição estratégica ou instrumento de controle gerencial. Inamdar et al. (2002) aplicaram a ferramenta em instituições de saúde e compreenderam que o BSC auxiliou os executivos dessas organizações

na tomada de decisões estratégicas. Neste estudo, também foram encontrados resultados de aumentos mensuráveis no desempenho financeiro e satisfação do consumidor, e ainda identificadas melhoras no posicionamento da organização no mercado competitivo.

Funck (2007) analisou a aplicação do BSC em instituições de saúde governamentais na Suécia, e indicou que o BSC é uma ferramenta capaz de gerenciar todas as exigências dos stakeholders envolvidos numa organização hospitalar, sem privilegiar nenhum de maneira incorreta, até mesmo os médicos a utilizam para prever necessidades de equipamentos no futuro. O autor ainda salienta que o BSC apresenta um retorno positivo quanto à satisfação dos clientes e dos governantes envolvidos.

Correa et al. (2009) utilizaram o BSC em dois hospitais do Rio de Janeiro. Como resultado, em uma das organizações pesquisadas, o BSC não apresentou críticas, e foi confirmado como fornecedor de dados positivos ao hospital, embora o autor tenha identificado a falta de alinhamento de servidores e médicos com a estratégia proposta, o que se distancia da premissa do BSC de envolver toda organização. No segundo hospital, a parte que chamou a atenção do entrevistador foi a dificuldade em se estabelecer metas para o hospital, o que caracteriza certa incapacidade dos gestores envolvidos no processo. Assim, nem mesmo indicadores financeiros conseguiam ser monitorados corretamente.

Outros autores exploraram o BSC em diversas áreas, como Dietschi e Nascimento (2008) que analisaram a diferença entre a aplicabilidade em empresas abertas e fechadas; Galas e Forte (2005) que introduziram a ferramenta em instituições governamentais do Ceará e do Distrito Federal; Kaplan e Norton (2007) que implantaram o BSC em mais de duzentas organizações, e conseguiram resultados positivos em praticamente todas, o que mostra a importância da ferramenta para o gerenciamento.

2.2.3 SISTEMA DE INFORMAÇÃO ESTRATÉGICA (SOFTWARES)

Os sistemas de informação em saúde podem ser considerados importantes no ramo, tanto que existe até uma Sociedade de Informação em Saúde (SIS). Essa sociedade, em 2010, citou sua relevância para a tomada de decisão e ainda que é necessária para otimizar o armazenamento e o gerenciamento de informações biomédicas (ALBUQUERQUE; PRADO; MACHADO, 2011).

A informação estratégica está inserida na informação organizacional e seu principal objetivo é a utilização de elementos de informática (dados, informação e conhecimento) para auxiliar a tomada de decisão estratégica, para que a organização consiga se adaptar às mudanças

exigidas pelo ambiente em que está inserida e aos conflitos e mudanças internos a essa (CALAZANS, 2006).

Segundo Perez e Zwicker (2010), o controle realizado por essa ferramenta auxilia na redução de custos e também armazenam os registros médicos da organização, com todos os dados contábeis e informações como receitas, pagamento em haver e demais informações que auxiliam o gestor na tomada de decisão.

Beal (2004), considera que os sistemas de informação são capazes de fornecer dados sobre o ambiente externo e interno e com esses a alta cúpula organizacional pode tomar decisões que possibilitem realizar alterações nos processos da empresa, e buscar um alinhamento com o ambiente.

Guimarães e Évora (2004) ainda apresentam o sistema de informações em organizações de saúde como um dos principais instrumentos de gestão de auxílio à estratégia que é capaz de integrar toda a organização à estratégia pretendida.

Na literatura, a utilização de sistemas como ferramentas de gestão surge em vários segmentos. Para esse estudo, serão citados somente aqueles que envolveram unidades de saúde ou organizações de pequeno e médio porte, para uma maior proximidade com o estudo apresentado. Guimarães e Évora (2004), utilizaram o sistema de informação no Hospital das Clínicas em Minas Gerais, e procuraram confirmar os sistemas de informação como ferramenta de suporte à tomada de decisões gerenciais.

Albuquerque, Prado e Machado (2011), em seu estudo, avaliaram uma instituição de saúde na cidade de São Paulo e descobriram positivamente, melhorias tanto na organização do trabalho quanto na democratização do atendimento. Entretanto negativamente, descobriram também a dificuldade, pelo desconhecimento que havia em tecnologia da informação (TI) e pelo aumento do tempo para o agendamento de consultas.

2.2.4 BENCHMARKING

Para Rigby (2009), o *benchmarking* aperfeiçoa o desempenho organizacional ao identificar e aplicar as melhores práticas encontradas no mercado ou internamente à empresa, e tem como principal objetivo buscar um maior desempenho, ou dinâmica de um processo, ao incorporar e aprimorar essas técnicas. Segundo Carlini e Vital (2004), as organizações devem melhorar seu desempenho, qualidade ou satisfação dos clientes. Para isso, é necessário elevar o nível de competitividade, e o benchmarking é capaz de gerar essa elevação sem gastos com aprendizado à base de tentativa e erro.

Nos trabalhos pesquisados, o benchmarking foi utilizado por Carline e Vital (2004) como ferramenta para elaboração do planejamento estratégico e a utilização da ferramenta para se levantar pontos fortes e fracos da organização e seu acompanhamento perante o mercado, fator importante para o seu planejamento. Martins, Protil e Doliveiras (2010) verificaram a utilização do benchmarking como ferramenta auxiliar na gestão estratégica de cooperativas agrícolas no Paraná, e identificaram que os participantes do estudo não utilizavam a ferramenta, e em poucos casos foi possível delimitar a estratégia da organização.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 DELINEAMENTO

Segundo Lakatos (2007) ao conceituar pesquisa, destaca: A pesquisa pode ser considerada um procedimento formal com método de pensamento reflexivo, utilizando um tratamento científico e constituindo-se no caminho para conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais. A pesquisa significa muito mais que apenas procurar a verdade, mas encontrar respostas para os problemas propostos, utilizando métodos científicos.

Gil (2010, p. 1) define pesquisa como sendo o procedimento racional e sistemático, que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos, utilizando-se de métodos e técnicas de investigação científica adequados para a satisfatória apresentação dos resultados.

Esta pesquisa, quanto aos objetivos, é de caráter descritivo; quanto aos procedimentos, é bibliográfica e, em relação à abordagem do problema é qualitativa e consiste na análise das dissertações defendidas nos programas de pós-graduação *stricto sensu* em Administração, recomendados pela Capes.

A pesquisa descritiva tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis, prioriza como característica significativa a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 2010).

Ainda, Köche (2009) comenta que a pesquisa descritiva, não experimental, ou *ex post facto*, estuda as relações entre duas ou mais variáveis de um dado fenômeno sem manipulá-las. Assim, não há a manipulação a priori das variáveis na pesquisa descritiva. A constatação de sua manifestação é feita a posteriori, o mesmo autor afirma ainda que os méritos de uma pesquisa experimental ou descritiva são os mesmos, devendo ser verificado que exista em ambas mostra de cientificidade e identifique qual tipo de pesquisa é o mais adequado à natureza do problema analisado.

Andrade (2002) destaca, de maneira semelhante aos demais autores, que a pesquisa descritiva se preocupa em observar os fatos, registrá-los, analisá-los, classificá-los e interpretá-los, nos quais o pesquisador não interfere e não manipula os dados.

Segundo Köche (2009), o objetivo da pesquisa bibliográfica é o de conhecer e analisar as principais contribuições teóricas existentes sobre um determinado tema ou problema, fazendo com que a pesquisa bibliográfica seja um instrumento indispensável para qualquer tipo

de pesquisa. O autor destaca ainda que é possível utilizar a pesquisa bibliográfica com diferentes fins.

Flick esclarece, antes de se adentrar na questão da qualidade propriamente dita, que a pesquisa qualitativa não é tão somente a pesquisa não quantitativa ou oposta a esta, mas desenvolveu identidade(s) própria(s), por vezes, difícil de definir com exatidão.

No entanto, a pesquisa qualitativa tem como característica geral que a identifica, o fato de se ocupar em estudar o mundo “lá fora”, mais precisamente os seus fenômenos, de uma maneira distinta da pesquisa quantitativa, que, via de regra, estuda os fenômenos em contextos especiais, como os laboratórios (FLICK, 2009, p. 8).

A pesquisa qualitativa analisa experiências e examina interações que se desenvolvem em seus contextos, de modo amplo, não tendo, portanto, o forte controle sobre as variáveis como na pesquisa quantitativa.

Também Nosella (2010), se posiciona favoravelmente a que o processo de avaliação da pesquisa seja revisto. Para ele, ao invés de regras determinadas a priori, o que deveria determinar a qualidade de uma pesquisa é a sua contribuição no sentido de humanizar a sociedade e a natureza.

3.2 PESQUISA DO TIPO ESTADO DA ARTE

Faz-se necessário um esclarecimento conceitual sobre a pesquisa do tipo “estado da arte”, ou estado do conhecimento conforme a autora Ferreira.

Definidas como de caráter bibliográfico, elas parecem trazer em comum o desafio de mapear e de discutir uma certa produção acadêmica em diferentes campos do conhecimento, tentando responder que aspectos e dimensões vêm sendo destacados e privilegiados em diferentes épocas e lugares, de que formas e em que condições têm sido produzidas certas dissertações de mestrado, teses de doutorado, publicações em periódicos e comunicações em anais de congressos e de seminários. Também são reconhecidas por realizarem uma metodologia de caráter inventariante e descritivo da produção acadêmica e científica sobre o tema que busca investigar, à luz de categorias e facetas que se caracterizam enquanto tais em cada trabalho e no conjunto deles, sob os quais o fenômeno passa a ser analisado. (FERREIRA, 2002, p. 258).

Atualmente tem se produzido um conjunto significativo de pesquisas conhecidas pela denominação “estado da arte” ou “estado do conhecimento”. Definidas como de caráter

bibliográfico, elas parecem trazer em comum o desafio de mapear e de discutir uma certa produção acadêmica em diferentes campos do conhecimento, tentando responder que aspectos e dimensões vêm sendo destacados e privilegiados em diferentes épocas e lugares, de que formas e em que condições têm sido produzidas certas dissertações de mestrado, teses de doutorado, publicações em periódicos e comunicações em anais de congressos e de seminários.

Também são reconhecidas por realizarem uma metodologia de caráter inventariante e descritivo da produção acadêmica e científica sobre o tema que busca investigar, à luz de categorias e facetas que se caracterizam enquanto tais em cada trabalho e no conjunto deles, sob os quais o fenômeno passa a ser analisado. (FERREIRA, 2015, p. 258).

Souza e Salvi (2011) comentam que há uma crescente preocupação na realização de estudos do tipo “estado da arte”, sobre a pesquisa em Administração. Ainda, as autoras justificam que isso se deve à necessidade de aprofundamento e compreensão dos fundamentos dessa perspectiva de educação, assim como para o entendimento de sua institucionalização nacional.

Para Soares e Maciel (2000), ao comentar sobre a construção do conhecimento, justificam que as pesquisas de caráter bibliográfico, que têm como objetivo inventariar e sistematizar a produção em determinada área do conhecimento, normalmente são ditas pesquisas do “estado da arte”. Os autores destacam que, no ano de 2000, as pesquisas ainda eram recentes no Brasil e que este tipo de pesquisa pode levar à plena compreensão do estado de conhecimento de determinado tema, de tendências teóricas, de discussões metodológicas, ampliando este conhecimento pesquisado.

Essa compreensão do “Estado do Conhecimento” sobre um tema em determinado momento é necessária no processo de evolução da ciência, a fim de que se ordene periodicamente conjunto de informações e resultados já obtidos, ordenação que permita a indicação das possibilidades de integração de diferentes perspectivas, aparentemente autônomas, a identificação de duplicações ou contradições e a determinação de lacunas ou vieses. (SOARES; MACIEL, 2000, p. 9).

Oliveira e Resende (2010) identificam como tendência os estudos e as investigações do tipo “estado da arte” na última década, incluindo as pesquisas em Administração. Mesmo recente, a produção acadêmica e científica nos programas *stricto sensu* no Brasil, envolvendo as pesquisas em Administração, tem produzido mais e em diversificadas áreas e linhas de pesquisa.

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

De acordo com Wazlawick (2009), um método de pesquisa é definido como a sequência de passos necessários para demonstrar que o objetivo da pesquisa proposto será alcançado, sendo assim, ao executar as etapas descritas no método serão obtidos resultados, e esses devem ser convincentes.

Inicialmente, consultado o banco de dados da BDTD, disponível no site da <https://bdtd.ibict.br/vufind/> para levantamento de todas as dissertações disponibilizadas nesses programas com as delimitações: ano de Recomendação de forma livre; idioma português; área de conhecimento: ciências sociais aplicadas à administração; programa de pós-graduação aplicado em administração. Todos constam no corpo da página do *site* citado para pesquisa.

Apresentação dos dados ocorreu por meio da elaboração de quadros, tabelas e gráfico, mapeando as dissertações disponibilizadas nos sites dos Programas de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado na área da Administração, direcionadas a partir da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), assim, foi usando a expressão, Indicadores de Gestão na Saúde como descritor, além dos delimitadores já cima citados, alcançado o conteúdo para análise, foram realizadas leituras preliminares do resumo desse material, localizado e selecionado, como parte que compõe o *corpus* desta pesquisas.

Foram selecionados os estratos dos dados, para comporem as tabelas e os quadros que contem as principais informações coletadas nas dissertações e teses disponíveis na pesquisa como objeto de estudos disponibilizadas nos Programas de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado na área da Administração.

Segundo assim, ocorram as leituras em profundidade das dissertações selecionadas na segunda estratificação dos dados seguindo então para análise e interpretação dos dados através da matriz de síntese, ou matriz de análise, como ferramenta de extração e organização de dados.

Segundo Gil (2002), a chave da pesquisa bibliográfica reside no fato de “permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente”. Em relação aos dados coletados na internet, devemos atentar à confiabilidade e fidelidade das fontes consultadas eletronicamente (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Esta pesquisa de natureza bibliográfica utilizou-se de materiais já elaborados, constituídos exclusivamente de dissertações. Escolheu como ferramenta de busca a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações – BDTD, onde se pode encontrar produções científicas que integram os sistemas de informação de teses e dissertações existentes nas

instituições de ensino e pesquisa do ensino superior do Brasil.

Por meio da busca avançada na BDTD, em 03 de janeiro de 2022, identificou-se quais trabalhos apresentavam a expressão Indicadores de Gestão na Saúde em sua estrutura de texto. Ocorreu que para cada Resumo foi realizada a leitura das informações constantes na tela, no sentido de localizar a expressão Indicadores de Gestão na Saúde.

A NBR 6028 (ABNT, 2003) estabelece como requisito para o termo resumo: “apresentação concisa dos pontos relevantes de um documento”. Ainda de acordo com a norma, o resumo deve “ressaltar o objetivo, o método, os resultados e as conclusões do documento”.

Também, a NBR 6028 (ABNT, 2003) define como palavra-chave: “palavra representativa do conteúdo do documento, escolhida, preferentemente, em vocabulário controlado”.

Nessa etapa foi feita a busca do texto completo de todas as dissertações nas quais constava a expressão exata Indicadores de Gestão na Saúde em meio eletrônico dos programas de pós-graduação *stricto sensu* em Administração.

Com os textos completos, foi realizada a leitura buscando em que parte da estrutura do texto aparecem a expressão exata Indicadores de Gestão na Saúde e a quantidade de ocorrências.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.

Neste capítulo serão analisados e discutidos os principais resultados encontrados nesta pesquisa.

Iniciamos com a busca no Banco de Teses da BDTD a qual gerou a relação das dissertações identificadas através da pesquisa com a expressão Indicadores de Gestão na Saúde, diante dos resultados foram lidos os resumos de cada uma das dissertações no total de 23 trabalhos que se dividem em 19 dissertações e 04 teses.

Para a identificação dos estudos, realizou-se a leitura criteriosa dos títulos, resumos e palavras-chave de todas as publicações completas localizadas pela estratégia de busca, para posteriormente verificar sua adequação aos critérios de inclusão do estudo, onde a expressão Indicadores de Gestão na Saúde como descritor nos programas de pós-graduação em administração gerou a relação das dissertações e teses identificadas, além da delimitação do período de de forma livre. Nos casos em que o título, o resumo e as palavras-chave não sejam suficientes para definir sua seleção, buscou-se a publicação do artigo na íntegra. A partir da conclusão desse procedimento, elabora-se uma tabela com os estudos pré-selecionados para análise.

Ursi (2005) lembra que, para extrair as informações de pesquisas publicadas, o pesquisador deve fazer uso de um instrumento que permita analisar separadamente cada trabalho, tanto num nível metodológico quanto em relação aos resultados das pesquisas. Tal instrumento deve possibilitar a síntese dos artigos, salvaguardando suas diferenças.

Um dos instrumentos utilizados para extrair as informações dos artigos selecionados é a matriz de síntese (KLOPPER; LUBBE; RUGBEER, 2007). A matriz de síntese, ou matriz de análise, tem sido utilizada como ferramenta de extração e organização de dados de revisão da literatura em várias disciplinas, devido à sua capacidade para resumir aspectos complexos do conhecimento. Essa ferramenta foi popularizada nas ciências da saúde por Garrard, em 1999. A matriz de síntese objetiva proteger o pesquisador de erros durante a análise. Ela se constitui como marco inicial para auxiliar os investigadores no foco de suas pesquisas.

A matriz pode conter informações verbais, conotações, resumos de texto, extratos de notas, memorandos, respostas padronizadas, e, em geral, dispor de dados integrados em torno de um ponto ou temas de pesquisa. Em suma, a matriz deve conter informações sobre aspectos da investigação e permitir que o pesquisador tenha uma visão geral de dados relacionados a um desempenho de certos pontos. A matriz serve de ferramenta de interpretação e construção da redação da revisão integrativa para os pesquisadores (KLOPPER; LUBBE; RUGBEER, 2007).

Para Klopper, Lubbe e Rugbeer (2007), o processo de construção da matriz depende da criatividade pessoal do pesquisador. Miles e Huberman (1994, p. 240-241) afirmam que não há matriz de síntese correta, apenas matrizes funcionais ou não. Dessa forma, a construção da matriz depende da interpretação do pesquisador e da maneira como ele organiza seus dados.

Agora, são apresentados os estudos que seviram para análise desde trabalho, no quadro a seguir.

Quadro 2 - Matriz de síntese acerca das teses e dissertações.

| Dissertação / Tese | Autor, título, Instituição. | Ano | Propósito | Design metodológico |
|--------------------|--|------|--|---|
| D 01 | Isabella Moreira Torres. Equipe de enfermagem e indicadores de recursos humanos e de infecção relacionada à assistência à saúde – um estudo de caso em uma Unidade de Terapia Intensiva de Belo Horizonte, Minas Gerais. http://hdl.handle.net/1843/31605 , Universidade Federal de Minas Gerais | 2019 | Apresentar a reestruturação da equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital público de ensino de Belo Horizonte e analisar a sua repercussão nos indicadores de Recursos Humanos e de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. | A estratégia de investigação adotada foi o estudo de caso único, de natureza descritiva, por meio de entrevistas |
| D 02 | Vignochi, Luciano. Gestão do conhecimento organizacional baseada em evidências: uma análise do uso de indicadores para avaliação de desempenho em serviços hospitalares. http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/3605 . Universidade do Vale do Rio dos Sinos | 2011 | Contribuir conceitualmente através da análise das relações entre os campos conceituais de Avaliação de Desempenho (GQ) e Gestão do Conhecimento (GC) baseada em evidências (EBMgt), sob a perspectiva da Administração Estratégica de recursos em serviços intensivos em conhecimento. | Tratou-se de um estudo essencialmente fenomenológico no qual a estratégia de aplicação da metodologia foi composta por estudo exploratório. |
| T 03 | Migowski, Sérgio Almeida. Identificação dos impactos da relação entre a gestão da qualidade e a integração sobre a eficiência de organizações de saúde – Um estudo de casos múltiplos. http://www.repositorio.jesuit | 2017 | A eficiência, em organizações de saúde, consiste na habilidade de produzir um serviço com a menor quantidade possível de perdas, de custos e de esforços dos | Pesquisa de estudos de casos, foram aplicadas entrevistas semiestruturadas com 32 profissionais de três organizações de |

| | | | | |
|------|---|------|--|---|
| | a.org.br/handle/UNISINOS/6470. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. | | profissionais envolvidos, o que implica tanto na integração destes profissionais, quanto na sua participação na gestão da qualidade. | saúde de grande porte localizados no estado Rio Grande do Sul – Brasil. |
| D 04 | Prestes, Elvis Preslli. Dinâmicas competitivas no setor da saúde: um estudo em instituições hospitalares filantrópicas de Porto Alegre. http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/3060 . Universidade do Vale do Rio dos Sinos | 2012 | Em um ambiente de negócios globalizado, que está em constante mudança, as organizações hospitalares vêm evoluindo e adaptando-se às exigências a elas impostas, o presente estudo investiga sobre as transformações e movimentos estratégicos que ocorrem nestas organizações. | O método escolhido teve um caráter qualitativo a partir de um estudo de caso exploratório. |
| D 05 | Mançú, Raymundo Jorge de Sousa. Práticas de gestão ambiental: os casos dos campos produtores de petróleo da Bahia. http://teste.tede.unifacs.br:8080/tede/handle/tede/17 . Universidade Salvador. | 2008 | Esta dissertação consiste num estudo de casos das práticas de gestão ambiental em dois campos produtor de petróleo no estado da Bahia: o campo de Buracica - Petrobras (empresa estatal) e o campo de Uirapuru - Petrosynergy (empresa privada). | A descrição e análise das práticas de gestão ambiental foram elaboradas através de entrevistas e questionários, utilizando como base as quatro dimensões da metodologia do ciclo do PDCA da norma NBR ISO 14001 |
| D 06 | Borges, Maria de Lourdes. Processos de criação e transferência de conhecimento: uma abordagem em uma organização hospitalar. http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/2735 . Universidade do Vale do Rio do Sinos. | 2008 | Identificar e analisar como ocorrem os processos de criação e transferência de conhecimento, em uma organização hospitalar, para promover a adesão ao tratamento por Síndrome Coronariana Aguda. | O estudo apresenta uma abordagem qualitativa, exploratória através de um estudo de caso |
| D 07 | Dornelles, Murilo da Silva. Avaliação da qualidade dos serviços prestados pela direção do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). http://repositorio.ufsm.br/han | 2016 | Avaliar o grau de satisfação dos usuários das subunidades do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Santa Maria. | Aplicado um instrumento de pesquisa de avaliação da qualidade de serviços baseado no modelo SERVQUAL junto |

| | | | | |
|------|--|------|--|---|
| | dle/1/4764. Universidade Federal de Santa Maria. | | | aos usuários dos serviços prestados pela direção do Centro. |
| D 08 | Birrer, Jucelaine Arend. Resiliência e aprendizagem: um olhar sobre o comportamento de multiprofissionais da saúde. http://repositorio.ufsm.br/handle/1/4641 . Universidade Federal de Santa Maria. | 2012 | Analisar o comportamento resiliente e sua contribuição para a aprendizagem de multiprofissionais da saúde do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS). | A metodologia empregada está fundamentada na abordagem quantitativa e qualitativa do tipo estudo de caso exploratório. |
| D 09 | Silva, Benedita Maria Diniz da. A Ouvidoria Pública como instrumento de controle das ações da Secretaria de Saúde do Pará. https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/12155 . Universidade Federal do Rio Grande do Norte. | 2010 | avaliar se a Ouvidoria da Secretaria Estadual de Saúde Pública do Pará contribuiu no período de 2006-2008 para a melhoria dos serviços de consulta especializada. | A pesquisa é caracterizada como descritiva, com abordagem qualitativa. |
| D 10 | Hörbe, Christine de Vasconcellos. Comportamento do consumidor após falhas em serviços: uma pesquisa com usuários de planos de saúde. http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/4375 . Universidade do Vale do Rio dos Sinos. | 2012 | Apresenta uma investigação sobre comportamentos pós-insatisfação de clientes dos serviços de saúde e fatores que interferem nesse comportamento. | Pesquisa do tipo “survey” corte transversal, com amostra de 225 consumidores de planos de saúde individuais e empresariais. |
| T 11 | Otonelli, Janaina. Orientações estratégicas, práticas de gestão da cadeia de suprimentos sustentável e triple bottom line performance: framework conceitual e evidências empíricas. http://repositorio.ufsm.br/handle/1/16269 . Universidade Federal de Santa Maria. | 2018 | Desenvolver e testar um modelo para identificar as relações entre orientações estratégicas (inovação, reputação e eficiência), práticas da gestão da cadeia de suprimentos sustentável (para frente e reversa) e triple bottom line performance (econômica, ambiental e social). | A abordagem metodológica é a pesquisa qualitativa. |
| D 12 | Abreu, José Renato da Silva. Prazer e sofrimento no trabalho: um estudo com profissionais administrativos da saúde no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - João Pessoa-PB. | 2015 | Analisar a percepção de trabalhadores administrativos da saúde no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (HETSL) na cidade de João Pessoa- | Pesquisa é de natureza exploratório-descritiva com abordagem quantitativa, tendo como propósito ampliar a discussão |

| | | | | |
|------|--|------|--|---|
| | https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/7943 . Universidade Federal da Paraíba. | | PB, sobre as vivências de prazer e sofrimento no trabalho envolvidas na psicodinâmica desse ambiente. | teórica atual da saúde mental e trabalho. |
| D 13 | Dantas, Sheila de Lima Cunha. Análise das melhores práticas em business process management: estudo de casos em organizações hospitalares de Natal/RN. https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/12229 . Universidade Federal do Rio Grande do Norte. | 2013 | Este estudo analisou por meio de um estudo empírico de natureza qualitativa, como estão sendo conduzidos os processos organizacionais hospitalares à luz das melhores práticas em BPM. | A pesquisa foi realizada através do estudo de casos múltiplos realizados em duas organizações hospitalares na cidade de Natal/RN. |
| D 14 | Cunha, Luciane da Veiga. A motivação no trabalho como antecedente da satisfação, do comprometimento e do desempenho: um estudo em um hospital público. http://repositorio.ufsm.br/handle/1/4686 . Universidade Federal de Santa Maria. | 2013 | O nível de motivação, em uma organização hospitalar pública, e qual sua influência em outros comportamentos organizacionais. | pesquisa quantitativa descritiva com quatro escalas que mediram a motivação, a satisfação, o comprometimento e o desempenho dos colaboradores do Hospital Universitário de Santa Maria/RS. |
| D 15 | Bomfim, Rosa Amorim. A competência do profissional de internação domiciliar. http://teste.tede.unifacs.br:8080/tede/handle/tede/46 . Universidade Salvador. | 2009 | Verificar as competências profissionais na prestação de serviços de internação domiciliar. | Utiliza-se uma metodologia estruturada em duas etapas. A primeira etapa consiste em uma abordagem teórica sobre a internação domiciliar. A segunda etapa é um estudo da competência do profissional de saúde. |
| D 16 | Grande, Mariana Benetti de. Impactos sociais da atividade turística: um estudo de caso em Tibau do Sul/RN. https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/12137 . Universidade Federal do Rio Grande do Norte. | 2009 | Avaliar os impactos sociais gerados pelo turismo na comunidade receptora de Tibau do Sul, no Rio Grande do Norte. | A pesquisa realizada define-se como estudo de caso e na análise aproxima o tratamento qualitativo do quantitativo. |
| D 17 | Timeni, Samar Hamad. Qualidade de vida no trabalho: o caso de enfermeiros dos Hospitais Públicos Walfredo Gurgel e Santa Catarina. | 2008 | Elaborar um diagnóstico acerca da qualidade de vida no trabalho desses servidores tomando como base dimensões | A pesquisa é caracterizada de campo, com caráter descritivo. |

| | | | | |
|------|--|------|--|--|
| | https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/12118 . Universidade Federal do Rio Grande do Norte. | | e indicadores de desempenho retratados no modelo de Fernandes (1996). | |
| D 18 | Migowski, Sérgio Almeida. Capacitação de profissionais de enfermagem ingressantes: recurso estratégico para a manutenção da qualidade em ambiente hospitalar de alta rotatividade. http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/3523 . Universidade do Vale do Rio dos Sinos. | 2011 | Analisar se métodos de capacitação de enfermeiros e técnicos em enfermagem ingressantes permitem a manutenção da qualidade do serviço de enfermagem prestado. | Foram aplicados questionários a 23 enfermeiros e 10 técnicos em enfermagem, do total de 40 profissionais ingressantes, sobre sua percepção em relação à aquisição de competências específicas durante a capacitação. |
| D 19 | Cardeal, Josemeire Dantas. A administração de caixa em empresas de pequeno porte: estudo de caso no setor hoteleiro de Salvador-BA. http://teste.tede.unifacs.br:8080/teste/handle/tede/3 . Universidade Salvador. | 2006 | Descrever como empresas de pequeno porte do segmento hoteleiro de Salvador administram o caixa. | A partir da pesquisa bibliográfica foi levantados os aspectos básicos para a administração de caixa, abordando a administração financeira, o planejamento financeiro, a administração do capital de giro e, por fim, a administração de caixa. |
| D 20 | Santos, Leane Mota Araújo dos. Estrutura de organizações sociais: adaptação aos projetos sociais ou às pressões institucionais? https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/12215 . Universidade Federal do Rio Grande do Norte. | 2006 | Analisar se a estrutura de uma organização social apresenta coerência com seu projeto social ou se expressa adaptação às pressões institucionais do ambiente organizacional. | Realizada uma pesquisa do tipo descritiva e exploratória, utilizando como método o estudo de caso, com base nos procedimentos técnicos utilizados. |
| D 21 | Nakao, Aldo Nobuyuki. Desempenho financeiro de franqueados: o papel dos elementos internos da unidade franqueada e a influência da orientação para o mercado e orientação empreendedora. http://bibliotecatede.uninove.br/handle/tede/2137 . Universidade Nove de Julho. | 2019 | Explicar o papel dos elementos sob autonomia operacional do franqueado (estrutura de pessoal e estrutura de loja) no seu desempenho financeiro a partir da perspectiva do perfil de orientação empreendedora e | Revisão de literatura envolvendo a conceituação dos construtos da pesquisa e abordando as teorias de agência, stewardship e restrição gerencial, quatro hipóteses |

| | | | | |
|------|---|------|--|---|
| | | | orientação para o mercado. | são apresentadas. |
| D 22 | Silva, Pabla Pereira da. Desenvolvimento urbano sustentável e qualidade de vida: um estudo de caso na cidade de Florianópolis-SC. http://repositorio.ufsm.br/handle/1/19482 . Universidade Federal de Santa Maria. | 2019 | Analisar a contribuição do desenvolvimento urbano sustentável para a qualidade de vida na cidade de Florianópolis – SC. | Pesquisa de natureza qualitativa e exploratória, operacionalizada por meio de um estudo de caso. |
| T 23 | Andrade, Elida Furtado da Silva. Recursos institucionais e o desenvolvimento da pós-graduação stricto sensu nas universidades federais. http://bibliotecatede.uninove.br/handle/tede/2141 . Universidade Nove de Julho. | 2019 | Analisar como as pró-reitorias de pós-graduação das universidades federais alocam os recursos institucionais para desenvolver a pós-graduação stricto sensu. | Estudo de caso e, para coleta de dados, a pesquisa documental e entrevistas com pró-reitores de pós-graduação de três universidades federais sediadas nas regiões norte e centro-oeste. |

Fonte – Elaborada pelo autor (2022).

O quadro em seguida conceituará por categorias toda análise dos dados colhidos nos estudos que serviram para análise desse trabalho, e suas dimensões foram empregadas com a finalidade de classificar cada indicador trabalhado no material colhido para análise, visando contribuir para o aprimoramento das iniciativas de avaliação do desempenho.

Porém, após análise do quadro matriz de síntese acerca das teses e dissertações, identificou-se 4 trabalhos que fogem da proposta do estudo devido seu direcionamento relacionar-se com outras temáticas divergentes da gestão da saúde na administração, foram: os trabalhos D05 (trata-se de gestão ambiental); D16 (trata-se de atividade no turismo); D19 (trata-se do setor hoteleiro); D22 (trata-se do desenvolvimento urbano sustentável), sendo assim, não puderam ser base de análise para produção final.

Para classificação da dimensão de cada indicador inserido de forma conceitual nas categorias relacionadas, foram levados em consideração suas escolhas através das leituras dos resumos, e identificações de assuntos abordados com sua importância e relevância. Tal classificação foi realizada de forma independente, sendo seu resultado posteriormente comparado e discutido.

Quadro 3 – Análise dos dados por categorias.

| | CATEGORIA DE ANÁLISE | | | | | | |
|-----|----------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------|--|---|--|
| | Equipes/ recursos humanos. | Estratégia, recursos e serviços. | Eficiência, custos e perdas. | Orientações estratégicas. | Assistência e satisfação dos usuários. | Competências profissionais na prestação de serviços. | Organização e seu projeto social. (coerência) |
| D01 | | X | | | | | |
| D02 | | | | | | X | |
| T03 | | | X | | | | |
| D04 | | | X | | | | |
| D05 | Fora da linha de pesquisa | | | | | | |
| D06 | | X | | | | | |
| D07 | | | | | X | | |
| D08 | | | | | | X | |
| D09 | | | | X | | | |
| D10 | | | | | X | | |
| T11 | | | | X | | | |
| D12 | X | | | | | | |
| D13 | | X | | | | | |
| D14 | X | | | | | | |
| D15 | | | | | | X | |
| D16 | Fora da linha de pesquisa | | | | | | |
| D17 | X | | | | | | |
| D18 | | | | | | X | |
| D19 | Fora da linha de pesquisa | | | | | | |
| D20 | | | | | | | X |
| T21 | | | X | | | | |
| D22 | Fora da linha de pesquisa | | | | | | |
| T23 | | | X | | | | |

Fonte – Elaborada pelo autor (2022).

4.1 EQUIPES E RECURSOS HUMANOS.

A atenção à saúde no Brasil é realizada através de dois sistemas: o público, o Sistema Único de Saúde/SUS e o privado, o sistema de assistência suplementar. O sistema público envolve simultaneamente prestadores públicos e privados, sendo que boa parte dos prestadores privados atende simultaneamente ao sistema público e ao sistema supletivo (OPS, 2001).

Uma das características importantes adicionais do sistema de saúde no Brasil é sua desigualdade na distribuição dos estabelecimentos de saúde nas diferentes regiões brasileiras, e na distribuição das tecnologias médicas, situação essa que as taxas de crescimento dos diferentes tipos de estabelecimentos nos últimos anos não alteraram de forma significativa (VIACAVA; BAHIA, 2002).

As características do sistema de saúde brasileiro dificultam muito a utilização de indicadores baseados em taxas médias de cobertura de serviços e tecnologias, pois elas encobrem perfis de acesso, utilização e qualidade na atenção muito diferenciados, o que, por sua vez, prejudica a possibilidade de sua associação, de forma válida, com indicadores

populacionais de saúde.

A OMS identifica três amplas tarefas na condução do sistema de saúde: proporcionar visibilidade e direção para o sistema de saúde; coletar e usar informação (*intelligence*); e exercer influência (*enforcement*) a partir da regulação e outros meios.

A OMS tem explorado os aspectos da governabilidade que estariam associados às duas medidas de eficiência. Encontrou-se correlação positiva entre saúde e medidas amplas de eficiência e o índice de efetividade do governo (KAUFMANN et al., 1999); e também correlação positiva, mas menor, com o índice *voice and accountability*. O trabalho da OMS na definição e medida da *responsiveness* tem estimulado o debate sobre se esse enfoque pode ser adaptado para a avaliação da Condução. A proposta é desenvolver um survey específico.

Com base nas dimensões/sub-funções, alguns elementos para a construção de possíveis indicadores de Condução seriam:

- Graus de utilização dos sistemas de informação no processo de decisão.
- Existência de prioridades estratégicas na política de saúde.
- Composição e funcionamento do Conselho Nacional de Saúde.
- Existência de instâncias reguladoras do sistema, em suas diferentes

dimensões e níveis governamentais (Agências, Comissões de gestores).

Entretanto, entendemos que as características do financiamento do sistema traduzem financeiramente as políticas de saúde implementadas e devem ser levadas em conta para uma melhor avaliação do desempenho dos serviços de saúde.

Esta é a proposta para a análise da equidade na captação de recursos destinados ao sistema de saúde (considerando impostos e contribuições sociais que financiam o setor público do sistema de saúde e, ainda, o gasto privado em serviços e planos de saúde e medicamentos, dentre outros), tendo em vista que ela possibilita conhecer a distribuição do ônus do financiamento por classe de renda e, portanto, o impacto do financiamento setorial sobre a distribuição da renda. Sistema de alocação de recursos no âmbito do sistema de saúde

O principal objetivo do grupo de indicadores desta macro questão diz respeito ao grau de equidade na alocação geográfica dos recursos. Esses indicadores têm especial relevância no caso brasileiro dadas as reconhecidas desigualdades existentes no país.

O indicador proposto para avaliar o grau de equidade na alocação geográfica é “Porcentagem de unidades geográficas que recebem recursos SUS federais per capita equivalentes aos valores *per capita* estimados em função das necessidades de saúde”. Nesse sentido, cabem alguns comentários em relação às estimativas para determinar os valores

per capita em função das necessidades de saúde.

Cabe destacar, que também existem propostas desenvolvidas no Brasil que estimam necessidades de saúde a partir de um conjunto de variáveis epidemiológicas e sócio-econômicas, criando, através procedimentos de análise estatística multivariada, um índice composto de necessidades relativas (PORTO et al., 2001).

É interessante observar que indicadores para a quantificação dos recursos existentes nos sistemas e serviços de saúde são praticamente inexistentes nas propostas de avaliação de desempenho aqui analisadas. Talvez por se considerar que as condições mínimas necessárias ao adequado funcionamento dos serviços estejam sempre presentes nesses países, ou por considerarem o que foi apontado acima, que isoladamente não significam muita coisa em termos de resultados, apesar de isoladamente serem responsáveis pelos elevados e crescentes custos da atenção à saúde.

No Brasil, a situação é bastante diversa e, associada ao acesso extremamente desigual e iníquo da população brasileira aos recursos existentes; persistem áreas em que os recursos minimamente necessários não existem, justificando-se assim ainda a utilização de indicadores capazes de dimensionar essas condições.

Os quadros 4, 5 e 6 abordam uma síntese do conteúdo de cada trabalho pesquisado, de forma associativa em sua respectiva categoria de análise.

Quadro 4 – Categoria equipe/recursos humanos – D12

| CONTEÚDO | D12 |
|------------------------|--|
| PROPÓSITO DO TRABALHO | No D12, os autores tiveram o propósito de ampliar a discussão teórica atual da saúde mental e trabalho, utilizando-se das contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. Através de uma entrevista estruturada e os dados foram analisados conforme o modelo estatístico pertinente. Chegando aos resultados que são apontados com base no método de análises e especificamente considerando a (EIPST) uma avaliação moderada, considerada crítica diante dos níveis estabelecidos pela respectiva escala. |
| LIMITAÇÕES DA PESQUISA | A pesquisa traz em seu arcabouço algumas limitações, entre as quais destaca-se como primeira sua realização no espaço de tempo que compreendeu o período eleitoral, uma vez que 93,33% dos trabalhadores/participantes são regidos pelo sistema celetista (CLT) por meio da gestão terceirizada via Cruz Vermelha, os quais asseveravam que dependiam do respectivo trabalho para manterem suas famílias. Outra limitação foi a dificuldade dos respondentes em separar a pesquisa, que tinha cunho extremamente acadêmico. A última limitação percebida nesta pesquisa foi ter como amostra apenas recepcionistas e apoiadores, não sendo permitida a pesquisa com trabalhadores administrativos dos demais setores, conforme autorização da direção do hospital. |
| PRINCIPAIS RESULTADOS | Foi percebido no estudo sua sinalização para a administração do hospital os possíveis fatores geradores de prazer e sofrimento no trabalho dos profissionais administrativos pesquisados, os quais desempenham suas atividades laborais como recepcionistas ou apoiadores. Fato esse que contribui para quem conhecendo as razões predominantes tanto de prazer quanto de sofrimento desses trabalhadores. |

Fonte – Elaborada pelo autor (2022).

Quadro 5 – Categoria equipe/recursos humanos – D14

| CONTEÚDO | D14 |
|------------------------|---|
| PROPÓSITO DO TRABALHO | O autor trabalhou um questionamento: Qual o nível de motivação, em uma organização hospitalar pública, e qual sua influência em outros comportamentos organizacionais? usando quatro escalas que mediram a motivação, a satisfação, o comprometimento e o desempenho dos colaboradores do Hospital Universitário de Santa Maria/RS. Verificou-se, que o tipo de motivação influi de forma diferenciada no desempenho, na satisfação e no comprometimento organizacional, reforçando a importância da motivação ser estudada de forma multidimensional. |
| LIMITAÇÕES DA PESQUISA | Quanto às limitações, a principal percebida diz respeito ao desempenho, mensurado unicamente pela autoavaliação, não tendo sido utilizado nenhuma outra informação quantitativa ou qualitativa de origem externa. Outra limitação diz respeito às escalas utilizadas para mensurar a motivação, a satisfação e o desempenho, que são inéditas em estudos nacionais. Os resultados não são um reflexo exclusivo de funcionários públicos, mas um retrato de uma instituição pública com funcionários terceirizados. |
| PRINCIPAIS RESULTADOS | Foi percebido que neste estudo os profissionais da direção de enfermagem, dos cargos de nível superior e servidores públicos possuem maior motivação comparados com os colaboradores das direções clínica e administrativa, dos cargos de nível médio e apoio e profissionais terceirizados. Esse fato indica que os últimos precisam de maior atenção por parte dos gestores para sentirem-se parte essencial da organização na busca de resultados para o bem público. O trabalho desses profissionais precisa ser planejado de forma a aumentar o grau de autonomia dos indivíduos em relação à sua tarefa, o que despertaria o sentimento de responsabilidade pelos resultados advindos |

Fonte – Elaborada pelo autor (2022).

Quadro 6 – Categoria equipe/recursos humanos – D17

| CONTEÚDO | D17 |
|------------------------|---|
| PROPÓSITO DO TRABALHO | O autor aborda o constructo “Qualidade de Vida” no Trabalho, envolvendo leitura prático-ativa das organizações frente à evolução social da classe trabalhadora, trás como objetivo elaborar um diagnóstico acerca da qualidade de vida no trabalho desses servidores tomando como base dimensões e indicadores de desempenho retratados no modelo de Fernandes (1996). A pesquisa é caracterizada de campo, com caráter descritivo. O universo pesquisado foi de 75 enfermeiros, sendo 49 do Walfredo Gurgel e 26 do Santa Catarina. Foi visto que os resultados da pesquisa permitiram concluir que componentes da estrutura e do processo decisório representa maior expressão, superando, dentre outros, o fator compensação, que reúne variáveis como salário e benefícios. |
| LIMITAÇÕES DA PESQUISA | Não é difícil de perceber, que este trabalho, não é conclusivo conclusivo, pois somente procura abrir caminho para outras pesquisas, estendendo-se para equipes de enfermagem de outras organizações, para outros profissionais da área da saúde e para outros segmentos profissionais. |
| PRINCIPAIS RESULTADOS | Foi percebido que os hospitais estudados têm longo caminho a percorrer para atingir níveis satisfatórios na qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros. Vejo que é relevante que os órgãos dirigentes, em conjunto com o grupo de enfermagem, repensem a gestão das instituições pesquisadas é necessária uma política de Recursos Humanos mais humanizada, voltada para a qualidade de vida daqueles que têm o papel de promover qualidade de vida dos outros. Pelos dados da pesquisa, é lícito asseverar que, moral foi a única dimensão em que os enfermeiros demonstraram resultados entre leve insatisfação e satisfação. |

Fonte – Elaborada pelo autor (2022).

Os resultados ora apresentados sinalizam para a administração do serviços de saúde com os possíveis fatores geradores de prazer e sofrimento no trabalho dos profissionais. Fato esse que contribui para quem conhecendo as razões predominantes tanto de prazer quanto de

sofrimento desses trabalhadores entende que a organização do trabalho é um compromisso negociado entre quem organiza e quem o faz, porém que evolui e sofre mudanças. Essa é uma tarefa árdua que precisa ser desenvolvida no intuito de que a organização consiga manter a unidade em funcionamento diante dos objetivos e finalidade para que foi traçada, mas que busque preservar também a saúde mental daqueles que a mantêm funcionando.

Podemos acrescenta ainda que as situações de trabalho não podem ser descritas como experiências de inteligências singulares, pois trabalha-se com vários outros profissionais. Isso nos força a refletir que o trabalho não é apenas uma atividade, mas uma relação psicossocial, a qual envolve hierarquia, poder e dominação.

4.2 ESTRATÉGIAS, RECURSOS E SERVIÇOS.

Desempenho é um conceito multidimensional, geralmente está associado à economia, à efetividade e à eficiência. Existem vários modelos de desempenho que ressaltam diferentes visões da organização. A variedade de modelos de desempenho descrita na literatura reflete a complexidade da questão e, por consequência, a diversidade de definições, das dimensões englobadas, dos determinantes do desempenho, dos indicadores utilizados e dos critérios de julgamento (SICOTTE et al., 1998).

Considerando a natureza complexa do produto e dos processos de trabalho empregados, esta discussão ganha mais dificuldade ao nível das organizações de saúde. A discussão de desempenho ao nível dos serviços de saúde, também, vem sendo tradicionalmente orientada pela preocupação com a eficiência e a efetividade (LONG; HARRISON, 2015).

Entretanto, ao longo do tempo, houve mudanças no foco central. Atualmente observa-se uma priorização do enfoque sobre os resultados dos cuidados em saúde, incluindo neste campo a satisfação dos usuários. Neste contexto a análise comparativa de indicadores constitui um importante instrumento para a avaliação e o monitoramento do desempenho.

Indicadores de Desempenho (ID) aqui são compreendidos como medidas que indicam o grau de realização em cada dimensão do desempenho a ser avaliada e são utilizados como instrumento de monitoramento para salientar os processos, serviços ou profissionais que podem estar apresentando problemas e que necessitam de uma avaliação mais direta. São informações expressas através de um evento, uma taxa ou uma razão. Este tipo de informação tem permitido análises comparativas externas (isto é entre serviços, prestadores ou áreas geográficas) e internas (isto é compara o desempenho atual com o passado).

Os indicadores de desempenho podem medir tanto os recursos disponíveis(estrutura)

e o processo de cuidado ao paciente, quanto seu resultado. A avaliação de desempenho presume uma comparação do resultado do Indicador de Desempenho (ID) - critério - com um padrão. Critérios e padrões são as bases para o julgamento do desempenho e da qualidade do cuidado. O critério é um componente da estrutura, processo ou resultado capaz de interferir na qualidade. O padrão é uma medida quantitativa específica e precisa que define boa qualidade (DONABEDIAN, 2005).

Com base nos padrões constroem-se referências sobre: (1) os níveis mínimos aceitáveis; (2) os níveis de excelência; ou (3) o intervalo aceitável, relativos ao desempenho de um serviço. Os padrões podem ser classificados em normativos e empíricos. Padrões normativos são desenvolvidos com base no consenso de especialistas e na evidência científica. Padrões empíricos representam aqueles obtidos na prática dos serviços.

Independente do modelo teórico ou quadro de referência adotado, existem questões teórico-metodológicas centrais a ponderar na concepção de um sistema de avaliação e monitoramento do desempenho dos serviços de saúde. Estas se referem, particularmente, a falta de medidas robustas e pertinentes que permitam a avaliação do desempenho e dos resultados dos serviços e cuidados de saúde (HURST, 2002).

As dimensões e conseqüentemente os elementos a serem mensurados em cada uma devem estar em concordância com os objetivos do sistema de saúde. Determinar a validade de um indicador de desempenho é fundamental para o desenvolvimento destes indicadores. Imprecisões na validade de um indicador implicam em imprecisões na sua interpretação.

O problema central no desenvolvimento de indicadores de desempenho não é desenhá-los, mas sim saber, de fato, o que eles expressam (O'LEARY, 2015). Na prática, grande parte dos indicadores de desempenho possui apenas validade aparente (face validity) – o sentido das relações que devem indicar fazem sentido para especialistas (QRB, 2014). Estas ponderações têm levado ao reconhecimento da dificuldade existente para a criação de um único indicador composto que permitisse hierarquizar organizações, segundo seu desempenho.

Muito desta dificuldade se explica pelo caráter multidimensional do desempenho de uma organização, implicando na possibilidade que uma organização tenha bom desempenho com relação a uma dimensão e contraditoriamente tenha mau desempenho com relação a outra dimensão.

A abordagem do painel de controle (*dashboard*) para monitorar o desempenho dos sistemas de saúde tem sido aplicada em países europeus, norte-americanos, Austrália e Nova Zelândia. Dos países que implementaram esta abordagem o Canadá e a Austrália vêm dependendo mais esforços para operacionalização desta estratégia. Particularmente com

relação bloco: desempenho do sistema de saúde existem diferenças quanto as dimensões definidas. Diferentemente da Austrália o Canadá adotou as seguintes dimensões: aceitabilidade e competência. Por sua vez a Austrália definiu como dimensões responsividade, capacidade e sustentabilidade. As dimensões presentes em ambas experiências são: efetividade, eficiência, acesso, adequação, continuidade e segurança.

Examinado a abordagem implementada no pelos dois países, a proposta desenvolvida nesta pesquisa para construir um sistema de monitoramento do sistema de saúde brasileiro definiu como dimensões do desempenho dos serviços de saúde a serem inicialmente trabalhadas as seguintes: (1) efetividade; (2) acesso; (3) eficiência; (4) respeito ao direito das pessoas; (5) aceitabilidade; (6) continuidade; (7) adequação; (8) segurança.

Os quadros 7, 8 e 9 abordam uma síntese do conteúdo de cada trabalho pesquisado, de forma associativa em sua respectiva categoria de análise.

Quadro 7 – Categoria estratégia, recursos e serviços – D01

| CONTEÚDO | D01 |
|------------------------|---|
| PROPÓSITO DO TRABALHO | O autor apresentou a reestruturação da equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital público de ensino de Belo Horizonte e analisou a sua repercussão nos indicadores de Recursos Humanos e de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Foi um estudo de caso, de natureza descritiva, por meio de entrevistas semiestruturadas, análise documental e avaliação da série histórica dos indicadores de Recursos Humanos e de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Os resultados apontaram que o modelo de enfermagem proposto, na percepção dos profissionais, trouxe um ganho assistencial para os pacientes e em relação aos indicadores das IRAS, embora o risco de infecção relacionado à assistência tenha aumentado significativamente após a mudança, houve uma redução drástica na densidade de infecção de acesso vascular associada ao cateter venoso central. |
| LIMITAÇÕES DA PESQUISA | Um ponto negativo: à escolha do uso de estudo de caso que impede a extrapolação dos achados para outros cenários;; a baixa disponibilidade de profissionais na instituição que haviam vivenciado o período anterior e posterior à mudança a dificuldade de avaliar o antes e o depois da mudança devido à multiplicidade de fatores que ocorreram ao longo dos anos e que podem influenciar os indicadores e a percepção dos profissionais. |
| PRINCIPAIS RESULTADOS | Quanto a esse aspecto, observa-se a dificuldade da área de Recursos Humanos de possuir bases de dados consistentes e mensurar as práticas de recursos humanos a fim de identificar a possível contribuição de cada uma para os resultados em saúde. Em linhas gerais, é preciso repensar algumas questões da organização do trabalho e do modelo de gestão porque muitas vezes a qualidade assistencial vem em função de uma cobrança e uma pressão em relação aos profissionais |

Fonte – Elaborada pelo autor (2022).

Quadro 8 – Categoria estratégia, recursos e serviços – D06.

| CONTEÚDO | D06 |
|----------|---|
| | Nesse trabalho o autor objetivou identificar e analisar como ocorrem os processos de criação e transferência de conhecimento, em uma organização hospitalar, para promover a adesão ao tratamento por Síndrome Coronariana Aguda. apresenta uma abordagem qualitativa, exploratória através de um estudo de caso no Instituto de Medicina Vascular, um dos serviços especializados do Hospital Mãe de Deus de Porto |

| | |
|-------------------------------|---|
| PROPÓSITO DO TRABALHO | Alegre (RS), a metodologia utilizada para análise das 13 entrevistas e observações foi a Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977) e para a análise das três falas-em-interação foi a Análise da Conversa. Os resultados indicaram que os processos de criação e transferência do conhecimento para a promoção da adesão ao tratamento mostram-se sob perspectivas observou-se que os profissionais atuam em um ambiente departamentalizado de relacionamentos complexos, resultando, muitas vezes, em interações assimétricas que prejudicam o vínculo com o cliente em um modelo hospitalista. |
| LIMITAÇÕES DA PESQUISA | Dentro desse trabalho foi visto que a coleta de dados da Unidade de Internação foi realizada totalmente no andar destinado aos pacientes cardiopatas da Instituição, por isso os achados não podem ser generalizados para as outras Unidades de Internação, mas podem ser tomados como balizadores em futuras pesquisas. Outro ponto, não se pesquisou o resultado da adesão nos clientes, ou seja, o efetivo resultado dos relacionamentos, interações e de todo o serviço prestado pelo hospital não fora averiguado e o estudo centrou-se em uma instituição privada, desconsiderando as instituições públicas e suas características. |
| PRINCIPAIS RESULTADOS | Uma das contribuições desta pesquisa foi demonstrar para as pessoas que fazem a gestão (contexto) o que ocorre na prática (processo) no que concerne à adesão, bem como, evidenciar as políticas institucionais e planos para o pessoal que operacionaliza o serviço juntamente ao cliente. Fornecendo ações para que os planos estratégicos estejam mais alinhados com a prática e para que o pessoal que operacionaliza o serviço possa estar ciente dos objetivos, metas e planos institucionais. |

Fonte – Elaborada pelo autor (2022).

Quadro 9 – Categoria estratégia, recursos e serviços – D13.

| CONTEÚDO | D13 |
|-------------------------------|--|
| PROPÓSITO DO TRABALHO | O autor analisou como estão sendo conduzidos os processos organizacionais hospitalares à luz das melhores práticas em BPM com uma pesquisa realizada através do estudo de casos múltiplos realizados em duas organizações hospitalares na cidade de Natal/RN. Este modelo indicou onze categorias que foram utilizadas para elaboração do roteiro de entrevistas semi-estruturadas. A pesquisa concluiu que o gerenciamento por processos nas organizações hospitalares investigadas encontra-se em fase inicial ou em desenvolvimento, sendo necessário superar as barreiras da comunicação e edificar uma cultura organizacional orientada às necessidades dos clientes para aplicação das melhores práticas de BPM. |
| LIMITAÇÕES DA PESQUISA | Dentro de uma visão com deficiências, está a baixa observância de pesquisas empíricas sobre as melhores práticas de BPM, principalmente quando se refere as organizações hospitalares, o que gera dificuldade na revisão da literatura e impossibilitam comparações com o resultados de outras pesquisas. Outra detalhe observado foi a dificuldade de acesso aos hospitais públicos, devido a alto nível de burocratização do processo de concessão de autorização enfrentado pelo autor, que inviabilizou a aplicação do estudo nas instituições pública de saúde. |
| PRINCIPAIS RESULTADOS | A pesquisa, mostrou que as organizações estudadas, reconhecem a importância do BPM, possuem algumas iniciativas em Gestão por Processos orientadas às melhores práticas, porém apresentam um entendimento restrito sobre a visão do gerenciamento por processos, uma vez que direcionam a maioria de suas metas destacando os resultados financeiros e desviam um pouco o foco do BPM |

Fonte – Elaborada pelo autor (2022).

Desse modo, vimos através dos trabalhos apresentados como sucesso da administração hospitalar consiste no aproveitamento racional dos recursos estruturais, estratégicos e dos

serviços ofertados ao ser humano como cliente da instituição. Logo, gerenciar adequadamente demonstra relevância no contexto organizacional.

Dessa maneira, a leitura dos assuntos nos faz entender que as organizações hospitalares necessitam captar, administrar e maximizar os recursos para oportunizar o contínuo atendimento. Portanto, a gestão de tais organizações precisa, além de cuidar dos aspectos do ambiente interno, levar em consideração os elementos estratégicos norteadores do ambiente econômico. Nesse sentido, podemos assumir uma relevância na relação de gestão de estratégias e recursos na oferta de serviços em uma organização de saúde.

4.3 EFICIÊNCIAS, CUSTOS E PERDAS NA GESTÃO.

A aproximação entre a epidemiologia, o planejamento e a organização de serviços, como um “movimento” organizado institucionalmente, ganhou força nos anos 80 do século passado, na América Latina, e evoluiu, na segunda metade da década e início dos 90, para uma preocupação com o uso dessa articulação na elaboração de modelos assistenciais (TEIXEIRA et al., 2008; TEIXEIRA et al., 2001). No Brasil, a partir dos anos 90, levou à discussão de um processo de transição para um novo modelo assistencial, no qual a oferta organizada de serviços viesse substituir as ações dirigidas ao atendimento da demanda espontânea.

Bem como a implantação dos chamados programas especiais, dirigidos a grupos populacionais específicos (PAIM, 2016). A organização da oferta ou a oferta programada seria o espaço de articulação do enfoque epidemiológico, na medida em que a programação e execução das ações e serviços deveriam partir da identificação das necessidades da população em territórios delimitados, semelhante às propostas de implementação dos Distritos Sanitários, desde os meados dos anos 80 (MENDES, 2002; PAIM, 2002).

Essas diferenças de perfil epidemiológico de cada hospital implicam também na comparação entre as taxas de infecções e conseqüentemente os custos hospitalares. A tendência é que os hospitais com taxas de infecção mais altas, são, muitas vezes, aqueles que atendem os pacientes mais complexos, e, portanto, são normalmente os melhores. Por outro lado, paradoxalmente, são os que têm as taxas mais altas elevando assim os gastos.

Além disso, alguns hospitais, possuem uma Unidade de Cuidados Especiais (UCE). Ela recebe pacientes da UTI que não necessitam do volume de cuidados desta unidade, mas precisam ser observados em tempo integral, o que não seria possível em um quarto. Essa estratégia também acaba alterando a média de permanência, o que fortalece o custo.

A média de permanência também pode sofrer influências da própria política de gestão de

leitos do hospital. Se há apenas um leito disponível em uma unidade de internação e dois pacientes diferentes, sendo um da emergência e outro da UTI, invariavelmente, quando não há pacientes esperando leito de UTI, será dado preferência àquele da emergência. A diária paga por qualquer convênio é superior na UTI e esta escolha acaba repercutindo na receita do serviço.

Outro ponto a ser destacado é o profissional médico que vem sendo apontado por estudos diversos como uma das principais barreiras para a integração. Na realidade, ele parece ser vítima das características de sua profissão que o obriga a constantes tomadas de decisão individuais. Como não confia nos processos que o cercam, opta pela autonomia por uma questão de sobrevivência e manutenção de seu registro médico. Não se pode apontar um único culpado, mas o baixo compromisso da alta gestão para a consolidação dos relacionamentos interpessoais (comunicação, confiança e liderança) parece contribuir decisivamente para a falta de integração entre setores e profissionais.

Os sistemas de controle formal e informal são pouco efetivos, porque estão inseridos em um contexto sujeito a erros, mas que não os tolera. Como preferem seguir ordens para não serem punidos, ao invés de tomar decisões, fazem os processos terem rupturas constantes, gerando as falhas apontadas no estudo. Essas rupturas acontecem, porque as intercorrências se sucedem em um serviço realizado por humanos para humanos. Como os médicos temem que seu trabalho sofra prejuízos por essa falta de integração das demais partes envolvidas nos processos assistenciais, preferem isolar-se, de forma a não sofrerem danos colaterais de eventuais ações judiciais. Dessa forma, independentemente dos benefícios que lhes forem propostos, só se integrarão quando sentirem-se seguros de que os processos ocorrem de forma integrada.

Em um serviço com tais peculiaridades, no qual a variabilidade na produção é influenciada tanto por quem produz, quanto por quem recebe o serviço, há a necessidade constante de tomadas de decisão face às possibilidades de alteração do quadro clínico de um paciente e da própria demanda que oscila tanto por fatores econômicos quanto sazonais. Essas alterações podem ocorrer inclusive entre pacientes cuja internação tenha se originado de uma mesma patologia, mas cujas especificidades (genética, histórico familiar, hábitos de vida, contexto onde vive e trabalha) o transformam em um ser único.

Não há como padronizar, tal qual uma organização industrial, todos os serviços realizados. Os protocolos clínicos ajudam na avaliação, mas não podem ser usados como a única fonte de dados para uma tomada de decisão. É nesse ponto que a integração entra. A tomada de decisão deixa de ser um processo solitário, passando a ser um consenso de especialistas que compartilham suas experiências anteriores, apoiando-se mutuamente na consolidação da gestão da qualidade. Sugere-se que é desta relação que melhorias na eficiência podem ser obtidas.

Os quadros 10, 11, 12 e 13 abordam uma síntese do conteúdo de cada trabalho pesquisado, de forma associativa em sua respectiva categoria de análise.

Quadro 10 – Categoria eficiência, custos e perdas – T03.

| CONTEÚDO | T03 |
|------------------------|--|
| PROPÓSITO DO TRABALHO | O autor destacou a relação de eficiência, em organizações de saúde, para produzir um serviço com a menor quantidade possível de perdas, de custos e de esforços dos profissionais envolvidos. Por meio de uma pesquisa de estudos de casos, com aplicação de entrevistas semiestruturadas com 32 profissionais de três organizações de saúde de grande porte localizados no estado Rio Grande do Sul – Brasil. Foi então proposto um framework como contribuição teórica, sugerindo que ao implantar a integração e a gestão da qualidade, desde que suportados pelos relacionamentos interpessoais confiança, comunicação e liderança, pode-se melhorar a eficiência. |
| LIMITAÇÕES DA PESQUISA | Posso destacar, além da falta de dados econômicos das três organizações de saúde, a realização da pesquisa em um único estado da federação. Seria interessante a replicação deste estudo em outras unidades da Federação. Mas, como não se trata de um trabalho estatístico, não permite sua generalização. Por outro lado, ao escolher três hospitais de grande porte, o que se buscava era aprofundar o entendimento do fenômeno em ambientes reais. |
| PRINCIPAIS RESULTADOS | Não tem como não destacar a contribuição deste estudo, o framework teórico proposto na análise cruzada dos três casos onde são apresentadas as relações entre os conceitos centrais. A integração parece estar relacionada à gestão da qualidade e quando ela ocorre, o resultado se traduz em ganhos de eficiência. |

Fonte – Elaborada pelo autor (2022).

Quadro 11 – Categoria eficiência, custos e perdas – D04

| CONTEÚDO | D04 |
|------------------------|---|
| PROPÓSITO DO TRABALHO | Ao abordar o tema de dinâmicas competitivas no setor da saúde no âmbito das organizações hospitalares filantrópicas de Porto Alegre, o autor do presente estudo investiga sobre as transformações e movimentos estratégicos que ocorrem nestas organizações. a seguinte questão de pesquisa: quais as dinâmicas competitivas que se manifestam atualmente no ambiente das instituições filantrópicas de saúde de Porto Alegre? O método escolhido teve um caráter qualitativo a partir de um estudo de caso exploratório. Foi aplicado um questionário semiestruturado, direcionado para cada categoria de entrevistado, contemplando questões referentes ao ambiente regulatório no segmento de saúde, as implicações da sustentabilidade para diferentes entidades. Os resultados indicam a adoção de estratégias empresariais distintas por parte das entidades pesquisadas, cabendo ressaltar: a cooperação como uma orientação estratégica predominante, a proposição de valor como forma de posicionamento, horizontalização das entidades de saúde e foco em especialidades de alta complexidade |
| LIMITAÇÕES DA PESQUISA | Um ponto importante a ser ressaltado foi a dificuldade para o autor de obter dados sobre a rentabilidade das organizações pesquisadas, assim como obter uma referência seja a nível regional ou nacional daquilo que se considera adequado em termos de rentabilidade no âmbito das instituições hospitalares. Comprometem em parte a análise da vantagens competitivas e desempenho das referidas organizações pesquisadas. |
| PRINCIPAIS RESULTADOS | Como um todo, o cenário projetado é de um setor concentrado, com instituições de saúde cada vez mais complexas e especializadas, cercadas em seu entorno por serviços complementares prestados por outras organizações que não hospitais. As implicações desta conjuntura para o sistema de saúde e para a população são a existência de serviços cada vez mais especializados e disponíveis mediante novas formas de acesso, que se apoiam nos avanços da ciência e tecnologia. |

Fonte – Elaborada pelo autor (2022).

Quadro 12 – Categoria eficiência, custos e perdas – T21.

| CONTEÚDO | T21 |
|------------------------|---|
| PROPÓSITO DO TRABALHO | Os franqueadores exercem pressões sobre os franqueados para garantir que eles sigam suas regras e diretrizes. Diante disso, o objetivo dessa pesquisa foi explicar o papel dos elementos sob autonomia operacional do franqueado (estrutura de pessoal e estrutura de loja) no seu desempenho financeiro a partir da perspectiva do perfil de orientação empreendedora e orientação para o mercado. Após uma revisão de literatura envolvendo a conceituação dos construtos da pesquisa. Os resultados confirmaram o modelo proposto sugerindo que o perfil empreendedor tem relação significativa à uma maior variação de gastos operacionais e de publicidade da loja, de modo que essa variação de gastos leva a um maior desempenho financeiro do franqueado. |
| LIMITAÇÕES DA PESQUISA | Dessa discussão, parece que o que pode ter efeito são as competências de gestão etrabalho do franqueado. Por isso, outra pesquisa que seja capaz de verificar o efeito direto das competências do franqueado no desempenho financeiro da unidade franqueada e o efeito dessas competências em aspectos internos da loja (estrutura e pessoal) seria de grande valia para se incrementar essa importante discussão. |
| PRINCIPAIS RESULTADOS | Um entendimento bem conclusivo sobre esse trabalho é a forma pela qual o perfil deles se reflete no seu negócio local que se tem um maior desempenho financeiro. pois, o que justifica o desempenho financeiro não é o perfil do franqueado, mas sim os atributos de sua loja, esses sim que podem ser influenciados pelo perfil do franqueado. Destaca-se a importância em se considerar aspectos estruturais internos da loja do franqueado para entender seu desempenho. |

Fonte – Elaborada pelo autor (2022).

Quadro 13 – Categoria eficiência, custos e perdas – T23.

| CONTEÚDO | T23 |
|------------------------|---|
| PROPÓSITO DO TRABALHO | O autor deste trabalho tem por objetivo analisar como as pró- reitorias de pós-graduação das universidades federais alocam os recursos institucionais para desenvolver a pós-graduação <i>stricto sensu</i> . Estudo de caso e, para coleta de dados, a pesquisa documental e entrevistas com pró-reitores de pós-graduação de três universidades federais sediadas nas regiões norte e centro-oeste. As contribuições deste trabalho se encontram, essencialmente, no campo prático e gerencial, expressos por meio da proposta do modelo de alocação de recursos institucionais para o desenvolvimento da pós-graduação <i>stricto sensu</i> . |
| LIMITAÇÕES DA PESQUISA | Um ponto desfavorável pode ser encontrada na possível subjetividade inserida nos relatos dos entrevistados, uma vez que esses narraram fatos passados, sujeitos a uma interpretação equivocada. Assim, reconhecendo que esse estudo proporciona somente uma generalização analítica, por ser fruto de um estudo de caso múltiplo. |
| PRINCIPAIS RESULTADOS | Desse modo, esse trabalho apenas iniciou uma investigação em um amplo campo que necessita ser explorado em seus diversos aspectos, de forma a ampliar o reconhecimento institucional das atividades desenvolvidas no âmbito da pós-graduação <i>stricto sensu</i> . Vejo que seria de grande importância a continuidade da pesquisa, agora incluindo na análise os recursos externos descentralizados para as universidades para auxiliar no custeio das atividades de ensino e pesquisas desenvolvidas nos programas de pós-graduação <i>stricto sensu</i> , ou ainda, recebidos por meio de aprovação para financiamento de projetos de pesquisadores vinculados a esse nível de ensino |

Fonte – Elaborada pelo autor (2022).

Todos os estudos acima estão diretamente relacionados ao papel de liderança dentro de uma organização, tendo em vista a evolução do cenário econômico, cada vez mais integrado e de concorrência elevada, observa-se a importância do gerenciamento de custos eficaz, possibilitando que a organização possa oferecer serviço de maior qualidade com o menor custo

possível.

Nos estudos verificou-se que nas grandes empresas a redução de custos é um assunto estratégico. Algumas grandes empresas, estão buscando na renegociação com seus fornecedores, formas de reduzir o custo de seus projetos. Mas a redução de custos também pode ser feita utilizando outros meios, como uma política de recursos humanos ou uma reestruturação do sistema logístico, buscando mais eficiência com menor utilização de recursos.

Nesse mesmo contexto, as informações trazem uma realidade diferente para as pequenas empresas que utilizam diversas formas de controle de custos para se manter competitivas. Porém, pelo fato destas empresas serem de pequeno porte e muitas vezes de administração familiar, não possuem condições de dispor de um profissional qualificado que possa explorar as melhores alternativas, o que possibilitaria maior competitividade a estas organizações.

4.4 ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS.

Os determinantes de saúde abrangem os efeitos combinados dos meios físicos e sociais sobre os indivíduos e as comunidades. A saúde dos indivíduos e da população é influenciada por fatores de diferentes ordens entre os quais incluem-se: o lugar onde vivemos, as condições ambientais, os fatores genéticos, a renda dos indivíduos e o nível educacional e a rede de relações sociais.

As informações sobre os determinantes da saúde possibilitam explicar a tendência da saúde de um grupo populacional específico e entender as diferenças das condições de saúde entre os diferentes grupos sociais que compõem uma determinada sociedade.

O Relatório Lalonde (2012) é um dos documentos de grande contribuição para a discussão sobre os determinantes da saúde. Nele, o campo da saúde pode ser dividido em quatro importantes elementos que interrelacionados influenciam nas condições de saúde dos indivíduos, quais sejam: biologia humana, ambiente, estilo de vida (ou comportamento dos indivíduos) e a organização dos serviços de saúde. As análises realizadas neste relatório partem do suposto que, as categorias estilo de vida, biologia humana e ambiente estabelecem relações específicas que contribuem para o adoecimento. Consideram os investimentos realizados nestas três áreas como importantes componentes que de forma intensa contribuem de forma importante para a melhoria da saúde humana, mais do que propriamente a expansão do sistema de serviços de saúde.

Entende-se que a biologia e o comportamento individual influenciam a saúde através de sua interação e da interação entre eles e o meio físico e social. Biologia refere-se a herança

genética individual, história familiar (que pode sugerir risco de doença) e problemas de saúde física ou mental adquiridos ao longo da vida.

Comportamentos são respostas ou reações individuais a estímulos internos ou externos, podendo ocorrer uma interação entre os fatores comportamentais e alterações biológicas.

As escolhas pessoais e o meio físico e social em que vivem os indivíduos podem modelar comportamentos. O meio físico e social inclui todos os fatores que afetam a vida dos indivíduos, positiva ou negativamente, muitos dos quais não estão sob seu controle imediato ou direto.

O meio social inclui interações com família, amigos, colegas de trabalho e outros indivíduos na comunidade. Ele também compreende as instituições sociais e a presença ou ausência de violência na comunidade. O meio social tem um profundo efeito na saúde dos indivíduos assim como na saúde da comunidade como um todo e é singular devido aos costumes culturais, linguagem, crenças espirituais, religiosas e pessoais. Ao mesmo tempo, indivíduos e seus comportamentos contribuem para qualidade do meio social.

O meio físico pode ser pensado como tudo que pode ser acessado através dos sentidos, bem como outros elementos menos tangíveis tais como as radiações e o ozônio. O meio físico pode prejudicar a saúde dos indivíduos e da comunidade, especialmente quando estes estão expostos a substâncias tóxicas, irritantes, agentes infecciosos e riscos físicos nas residências, escolas e locais de trabalho.

Políticas e intervenções podem ter um importante efeito positivo na saúde, cujos exemplos incluem: campanhas de promoção à saúde para prevenção do fumo, uso de cinto de segurança e outras medidas assemelhadas em automóveis; serviços de prevenção de doenças, tais como imunização de crianças, adolescentes e adultos; e serviços clínicos de atenção. Políticas e intervenções que promovem a saúde individual e coletiva podem ser implementadas por uma variedade de agências governamentais (tais como transporte, educação, energia, habitação, trabalho, justiça) e organizações civis.

A saúde dos indivíduos e da coletividade depende também do acesso a serviços de saúde de qualidade. Expandir o acesso é importante para eliminar disparidades em saúde e aumentar a qualidade e os anos de vida saudável. Cuidado de saúde em um sentido amplo inclui não apenas os cuidados recebidos nos serviços de saúde, mas também serviços e informação de saúde recebidos em outros locais na comunidade.

O trabalho de seleção de indicadores parte, portanto, da busca de variáveis e fontes de informação que melhor representem essa relação (PASTIDES, 2005).

Alguns dos critérios usados para a seleção de indicadores são: A sensibilidade a

mudanças das condições de ambiente e saúde; a reprodutibilidade segundo padrões metodológicos estabelecidos; a rapidez de reação a mudanças ambientais, o baixo custo e acessibilidade, bem como seu entendimento pela população leiga (BRIGGS, 1999). Esses critérios tendem a restringir a escolha de indicadores, que podem apresentar vantagens segundo um critério, mas sérias limitações segundo outro.

A construção de indicadores, vitais para a identificação de riscos à saúde originados de condições ambientais, depende de um conjunto de sistemas de informação, compreendidos como meios que permitem a coleta, armazenamento, processamento e recuperação de dados. Enquanto os sistemas de informação de saúde passaram no Brasil ao longo da década de 1990 por um processo inegável de universalização, melhoria de qualidade, bem como de facilitação de acesso e análise através de sistemas computacionais simples, dados sobre condições ambientais são muitas vezes coletados e organizados de forma assistemática.

A descontinuidade de coletas, baixa cobertura da rede de amostragem, atraso ou desatualização de dados, bem como as mudanças de metodologia podem prejudicar a identificação de tendências espaço-temporais dos fatores ambientais de risco.

Todos os indicadores de determinantes ambientais propostos inicialmente dependem de inquéritos, já que não vêm sendo coletados através de sistemas de informação. Os indicadores propostos pelo Proadess podem ser construídos a partir de sistemas de informação e censos, já existentes. Isso permite sua atualização permanente, além de promover uma comparabilidade mais fácil dos resultados.

Os dados climáticos se mostram de grande importância para caracterizar as grandes diferenças ambientais existentes no Brasil. Essas características podem ser sumarizadas através de dados de umidade relativa do ar, temperatura e precipitação. Esses dados são coletados e divulgados diariamente, o que exige um tratamento estatístico para a sua síntese. Por outro lado, a concentração de estações meteorológicas em algumas cidades do país, não permite que se conheçam as características climáticas da totalidade dos municípios do país.

Evans e Stoddart (2004), avaliam que os modelos propostos baseados em Lalonde, acabaram por dar excessiva ênfase ao Estilo de Vida como um dos determinantes da saúde, levando a uma concepção que privilegia fatores de risco individuais e que atribui ao paciente a culpa por seu estado de saúde. Estes autores propõem um novo referencial em que a dimensão de respostas individuais (um dos determinantes da doença), que inclui respostas biológicas e comportamentais (o estilo de vida), é determinado/condicionado pelo “ambiente social”, o que conduz a uma reconceitualização do estilo de vida.

Os quadros 14 e 15 abordam uma síntese do conteúdo de cada trabalho pesquisado,

de forma associativa em sua respectiva categoria de análise.

Quadro 14 – Categoria orientações estratégicas – D09.

| CONTEÚDO | D09 |
|------------------------|--|
| PROPÓSITO DO TRABALHO | Para o autor o objetivo deste trabalho é avaliar se a Ouvidoria da Secretaria Estadual de Saúde Pública do Pará contribuiu no período de 2006-2008 para a melhoria dos serviços de consulta especializada. A pesquisa é caracterizada como descritiva, com abordagem qualitativa. A técnica de coleta utilizada foi a entrevista, realizada com 37 usuários do serviço e 2 servidoras da Ouvidoria. Em decorrência dos resultados da pesquisa, verifica-se que a Ouvidoria da SESP/PA não vem cumprindo o seu papel, quanto ao controle social, à garantia da democratização e da participação na gestão, e apresenta limitada contribuição para a solução dos problemas dos usuários e para a melhoria da qualidade dos serviços. |
| LIMITAÇÕES DA PESQUISA | Pode ser destacado a escassa literatura existente sobre o tema; a limitada quantidade de manifestações sobre as consultas especializadas, componentes da assistência de média complexidade. Como foi possível verificar, o tema apresenta grande complexidade e amplitude, não sendo possível esgotá-lo em uma única pesquisa. |
| PRINCIPAIS RESULTADOS | Como resultado da pesquisa, verificou-se que as unidades administrativas da Secretaria de Saúde e os prestadores de serviço não cumprem os prazos estabelecidos pela Ouvidoria, acreditando-se que seja por não reconhecerem a sua importância e papel para a sociedade, o que implica em não solução das demandas apresentadas pelos usuários, comprometendo a credibilidade da unidade administrativa. |

Fonte – Elaborada pelo autor (2022).

Quadro 15 – Categoria orientações estratégicas – T11

| CONTEÚDO | T11 |
|------------------------|--|
| PROPÓSITO DO TRABALHO | O autor têm como objetivo desenvolver e testar um modelo para identificar as relações entre orientações estratégicas, práticas da gestão da cadeia de suprimentos sustentável e triple bottom line performance. Para isso são elaborados um framework conceitual para verificar se existem relações entre as orientações estratégicas, as práticas da gestão da cadeia de suprimentos sustentável e o triple bottom line performance. A abordagem metodológica é a pesquisa qualitativa. A revisão da literatura permitiu o aprofundamento dos assuntos abordados, bem como identificar lacunas de pesquisa a serem investigadas a partir do estado da arte. Os resultados da estimação do modelo integrado através da modelagem de equações estruturais indicam uma relação significativa e negativa entre a orientação estratégica de inovação e as práticas da cadeia de suprimentos para frente e cadeia de suprimentos reversa. |
| LIMITAÇÕES DA PESQUISA | Algumas considerações encontradas foram baixo número de respondentes dado os recursos e tempo disponíveis para a realização da pesquisa. Isso impactou na produção dos resultados, uma vez que muitas variáveis precisaram ser retiradas para o ajuste do modelo. Outros pontos foram o baixo número de estudos que investigam as orientações estratégicas de inovação, reputação e eficiência e do número de respondentes ao instrumento de pesquisa survey. |
| PRINCIPAIS RESULTADOS | As novidades que foram identificadas deste estudo é a construção e validação dos constructos das orientações estratégicas de inovação, reputação e eficiência; a inclusão das práticas da cadeia de suprimentos reversa como parte integrante das práticas de gestão da cadeia de suprimentos sustentável; o esforço de medir a dimensão sustentável da cadeia de suprimentos; e a proposição e teste de um modelo integrado de orientações estratégicas, práticas de gestão da cadeia de suprimentos sustentável e triple bottom line performance. |

Fonte – Elaborada pelo autor (2022).

Diante dos conteúdos estudados, vimos que as empresas buscam cada vez mais

melhorias estratégicas e operacionais para produzir bens e serviços mais competitivos de modo a aumentar a parcela de participação no mercado e conseqüentemente os indicadores de performance.

Ficou entendido então que para enfrentar esse desafio, a gestão estratégica e operacional das empresas precisam considerar pressões de instituições e das pessoas, dessa forma o papel dos gestores nesse processo de orientação estratégica seria adaptar ou mudar aspectos para um alinhamento mais favorável entre os objetivos e as práticas operacionais. Podemos destacar dentre os conteúdos colhidos, diferentes orientações estratégicas, que seriam elas a orientação de diversificação e estratégia de baixo custo, de mercado, tecnológica, empreendedora, aprendizado organizacional e ambiental.

4.5 ASSISTÊNCIA E SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS.

O estado de saúde da população é uma das dimensões fundamentais na compreensão e análise do sistema de cuidados à saúde. Os serviços de saúde constituem um dos determinantes do estado de saúde, ao mesmo tempo em que representam também uma resposta socialmente organizada ao estado de saúde prevalente.

Entendendo que a situação de saúde expressa, ao nível individual e coletivo, o processo de reprodução social, podemos concluir que, correspondendo a cada momento reprodutivo do processo de reprodução social, as necessidades de saúde poderiam organizar-se em necessidades predominantemente biológicas, ecológicas, de consciência e conduta ou econômicas.

Essa dimensão é vista principalmente pela OMS e pela OECD como elemento fundamental de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, dada a importância atribuída por esses organismos ao impacto do SS sobre as condições de saúde da população.

A dimensão do estado ou condição de saúde passa a ser concebida como constituída por sub dimensões, que respondem ao avanço e complexidade do conceito de saúde, e essas subdimensões se expressariam em diferenciados indicadores e métodos de mensuração da saúde-doença.

O bem-estar segundo Griffin (2002), engloba diversos valores substantivos diferentes e não redutíveis que seriam: realização pessoal, profundidade das relações interpessoais, satisfação, entendimento do próprio lugar e possibilidades, e componentes da dignidade humana como a capacidade de ter e perseguir um projeto pessoal. Desta forma, o bem-estar não pode ser reduzido a “satisfação ou alegria” nem ser “somado” como períodos de satisfação ou adicionado entre pessoas para compor um bem-estar coletivo (GRIFFIN, 2002).

O estado de saúde teria uma influência significativa na organização dos cuidados à saúde que se constitui, por seu turno, em um dos determinantes do estado de saúde, afetando o grau de bem-estar atingido pelas populações. Enquanto saúde é amplamente aceita como um dos componentes do bem-estar em geral das pessoas, autores discordam sobre a adequação de medir o impacto do estado de saúde sem considerar as diferentes condições de bem estar (BROOME, 2002; BROCK, 2002).

Medidas do estado de saúde das pessoas podem ser obtidas com o uso de inúmeros instrumentos já desenvolvidos, validados, traduzidos para diversos idiomas e avaliados em muitas aplicações realizadas em diferentes países. A gama de instrumentos existentes permite selecionar entre os que objetivam a avaliação global do estado de saúde e aqueles que medem dimensões específicas como bem-estar psíquico, bem-estar social, etc. (MCDOWELL I; NEWELL C, 2016). A realização de inquéritos populacionais de saúde constitui fonte importante de indicadores de estado de saúde não disponíveis em dados de registros e nos bancos nacionais (VIACAVA, 2002).

Entre os instrumentos para avaliação global da qualidade de vida em saúde dispõem-se de vários como o WHOQol extenso, o WHOQol abreviado e o SF36 (ShortForm 36), que, entre outros, já têm aplicações feitas no Brasil. Instrumentos que medem dimensões específicas como a saúde mental (SRQ 20, como exemplo) contribuiriam com indicadores relevantes para a subdimensão bem-estar da dimensão condição de saúde.

Indicadores positivos de saúde como peso adequado, saudável (BMI), capacidade pulmonar adequada, flexibilidade e força muscular, índices de qualidade da dieta entre outros também compõem o elenco de indicadores possíveis de serem utilizados na dimensão saúde ou bem-estar, no componente condição de saúde.

A auto avaliação da saúde, que tem sido usada como indicador de bem-estar, constitui uma auto classificação global do estado de saúde para a qual a pessoa considera além de possíveis doenças de que seja portadora, o impacto das patologias ou da ausência delas no seu bem estar geral: físico, mental e social. É considerado um excelente indicador de saúde pessoal. A literatura confirma a validade do indicador como preditor da mortalidade (IDLER; BENYAMINI, 1997; BELLEROSE et al., 1994).

Também tem sido utilizado o indicador “proporção de pessoas que consideram seu estado de saúde como muito bom ou bom em duas pesquisas consecutivas” o que indicaria persistência de auto avaliação positiva do estado de saúde. É considerado bom, pela simplicidade para monitorar estado de saúde de populações e de segmentos demográficos e sociais. É considerado um bom preditor da mortalidade, especialmente em idosos (IDLER;

BENYAMINI, 2017).

Saúde e doenças mentais). Mortalidade: padrão e tendências da ocorrência de óbitos na população.

O conjunto de medidas subjetivas de saúde que vem se incorporando para melhor avaliar a situação de saúde das populações não anulam a importância dos dados de óbito como informações relevantes de saúde. Dados de mortalidade passam a ser trabalhados com outras abordagens, além dos indicadores já consolidados. Conceitos de morte precoce ou prematura, mortes evitáveis e mortes excessivas inspiram o desenvolvimento de indicadores de Anos Potenciais de Vida Perdidos, as listas de mortes evitáveis, a aplicação do SMR (standardized mortality ratio) na mensuração das diferenças de mortalidade que atingem populações ou subgrupos. .

Do conjunto de indicadores existentes optou-se pela indicação de menor número de indicadores, mas que, ao mesmo tempo, pudessem exprimir a diversidade do perfil epidemiológico da população do país, considerando o estágio incompleto da transição epidemiológica, além de serem suficientemente sensíveis para apreender os diferenciais regionais existentes.

Esta seleção de informações teve ainda por objetivo a escolha de indicadores que podem refletir diferentes níveis de demanda em relação aos serviços de saúde, incluindo indicadores que espelham a necessidade de consumo da rede básica de saúde ou do programa de saúde da família e de indicadores que estão relacionados ao consumo de serviços de saúde de alta complexidade.

Os quadros 16 e 17 abordam uma síntese do conteúdo de cada trabalho pesquisado, de forma associativa em sua respectiva categoria de análise.

Quadro 16 – Categoria assistência e satisfação dos usuários – D07.

| CONTEÚDO | D07 |
|------------------------|--|
| PROPÓSITO DO TRABALHO | O autor teve como objetivo avaliar o grau de satisfação dos usuários das subunidades do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Santa Maria. aplicado um instrumento de pesquisa de avaliação da qualidade de serviços baseado no modelo SERVQUAL junto aos usuários dos serviços prestados pela direção do Centro. Na análise dos dados, constatou-se um índice de satisfação consideravelmente alto percebido pelos usuários. Além disso, foi verificado que a maioria dos respondentes considerou os horários de expediente satisfatórios e que os servidores da direção tratam as pessoas com educação. Também, apontou-se que os usuários tenderam a concordar que os integrantes da direção demonstram conhecimento sobre as rotinas administrativas da UFSM. |
| LIMITAÇÕES DA PESQUISA | Percebe-se o instrumento não esgotou nem ofereceu uma visão completa sobre o quadro de situação-problema que foi avaliado, pois não foi possível identificar de forma mais ampla e com acuidade as motivações dos respondentes para avaliarem os atributos de qualidade da maneira que fizeram. |

| | |
|------------------------------|--|
| PRINCIPAIS RESULTADOS | Evidenciou-se que as dimensões mais bem avaliadas foram, respectivamente, Segurança – que está vinculada ao conhecimento dos funcionários e suas habilidades em transmitir confiança e segurança - e Responsabilidade - que corresponde à disposição de ajudar os usuários, fornecendo prontamente os serviços. Em contrapartida, as duas dimensões piores avaliadas foram as de Empatia - vinculada ao fornecimento de cuidados e atenção individualizada aos usuários - e de Tangibilidade - relativa à aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e material de divulgação. |
|------------------------------|--|

Fonte – Elaborada pelo autor (2022).

Quadro 17 – Categoria assistência e satisfação dos usuários – D10.

| CONTEÚDO | D10 |
|-------------------------------|---|
| PROPÓSITO DO TRABALHO | O autor teve como objetivo identificar as principais causas de insatisfação nos clientes de planos de saúde e investigar a influência desses fatores no comportamento futuro do cliente em termos de continuar no plano, mudar de plano e recomendar ou não o plano para outras pessoas, foi realizada uma pesquisa do tipo “ <i>survey</i> ” corte transversal, com amostra de 225 consumidores de planos de saúde individuais e empresariais da região sul do Brasil, no Rio Grande do Sul, com foco na capital Porto Alegre e Região Metropolitana. Entenderam que a satisfação com a resolução do problema influencia na satisfação acumulada, na permanência do usuário ser cliente do serviço, e em não realizar reclamação para empresa. |
| LIMITAÇÕES DA PESQUISA | Ao se tratar da mensuração de todos os constructos em um único momento no tempo. Além de esse fato exigir que os respondentes avaliem o evento retrospectivamente, o que pode trazer problemas associados a perda de memória, as avaliações sobre um determinado aspecto podem ser "contaminadas" por fatos ocorridos subsequentemente, isto é, dados coletados em uma única vez poderão produzir resultados distorcidos sobre relações causais que presumidamente operam através do tempo. |
| PRINCIPAIS RESULTADOS | Os resultados obtidos possibilitam identificar que a satisfação com a resolução da falha no serviço traz como benefício uma satisfação acumulada do cliente ao longo do tempo e ainda a permanência desse consumidor com a empresa. Deste modo, empresas que investem em atendimento ao consumidor como o gerenciamento de reclamações tendem a manter o cliente de forma satisfeita. |

Fonte – Elaborada pelo autor (2022).

Baseado no conteúdo abordado neste tópico, entendemos que a relação assistência e satisfação do usuário têm haver com a formação da opinião sobre a qualidade dos serviços prestados a partir dos contatos que ele (cliente) tem com a organização e o mapeamento e a análise desses momentos constituem uma ferramenta para conhecer os pontos fracos dos serviços oferecidos.

Logo, para a prestação de um bom serviço, é necessário aos gestores atentarem sobre os aspectos relacionados com a satisfação, para aumentar a qualidade percebida pelos seus clientes, embora a satisfação do cliente e a qualidade do serviço sejam conceitos afins, não são exatamente a mesma coisa. Pois a satisfação do cliente é uma reação emocional de curto prazo ao desempenho específico de um serviço, as percepções dos clientes sobre a qualidade se baseiam em avaliações cognitivas de longo prazo sobre a entrega desses serviços. Os clientes, então, avaliam seus níveis de satisfação ou insatisfação a cada encontro com o fornecedor de

serviços e utilizam essa informação para atualizar suas percepções da qualidade do serviço.

4.6 COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS.

A avaliação de desempenho dos sistemas de saúde ganhou destaque nas agendas de diversos países, sobretudo a partir das últimas décadas do século passado e é considerada como um poderoso instrumento de monitoramento das políticas de reforma setorial em diversos países.

Embora se mencione que não há consenso sobre a definição de desempenho deSSs (HURST; JEE-HUGHES, 2001), de uma maneira geral desempenho é sempre definido em relação ao cumprimento de objetivos e funções das organizações que compõem os Sistemas de Saúde. Assim, com base no *The American Heritage Dictionary of the English Language* (3rd Ed., 1992), a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* dos EUA define performance através da forma como uma organização do sistema de saúde desenvolve ou cumpre suas importantes funções, sendo que, uma importante função organizacional é orientada segundo metas e objetivos, constituindo um conjunto interrelacionado de processos que afetam os resultados saúde para os pacientes (JCAHO, 2003).

O quadro de referência teórico e conceitual que informa a construção metodológica de um sistema de avaliação de desempenho é, portanto, fundamental. Isso pressupõe que a definição dos objetivos e metas do Sistema de Saúde é o ponto de partida para a montagem de qualquer sistema de avaliação de desempenho e ambos variam consideravelmente segundo os valores e princípios que regem os distintos Sistemas de Saúde, além de que não são definidos apenas tecnicamente. Por outro lado, a especificação das dimensões que serão avaliadas é um segundo ponto importante, pois a definição das medidas e dos indicadores variará segundo o que se queira avaliar.

Portanto, a variabilidade observada nas propostas não está referida à definição de desempenho em si, mas aos objetivos dos Serviços de Saúde e, principalmente, às dimensões que se quer avaliar, uma vez que cada país define e estrutura seu sistema de saúde de forma própria e especificamente relacionada ao seu desenvolvimento histórico.

O quadro de referência teórico para a avaliação de desempenho de um sistema de serviços de saúde deve estar respaldado pelos fatores que impactam os resultados em saúde, o que quer dizer que deve guardar consistência com o esquema conceitual que orienta a concepção desse sistema. Por outro lado, a dificuldade de medir resultados em saúde e atribuí-los às ações dos Sistemas de Saúde reside no fato de que esses resultados podem estar

influenciados por diversos outros fatores externos aos sistemas de serviços de saúde.

Portanto, a medida de resultados não é tarefa fácil, sendo importante considerar nessa avaliação os processos envolvidos na transformação dos *inputs* em *outputs*. Definir medidas de curto e médio prazos que proporcionem informação sobre se o SS está possibilitando a provisão de atenção/serviços ou intervenções adequadas às necessidades diferenciadas da população, quando necessárias, é um grande desafio, teórico, conceitual e operacional.

Chama a atenção, na literatura em geral, a falta de justificativas bem documentadas, teórica e empiricamente, que sustentem os específicos quadros teóricos e conceituais de avaliação e desempenho elaborados pelos países.

A partir dessas discussões, adotamos nesta pesquisa a seguinte definição: avaliação de desempenho é a medida do grau de alcance de objetivos e de cumprimento de metas de um determinado sistema de saúde (HURST; JEE-HUGHES, 2001).

Um segundo ponto fundamental refere-se à definição do sistema de gerenciamento do desempenho, isto é, do Conjunto de arranjos institucionais e incentivos através do qual a informação sobre o desempenho é (ou não) utilizada para impulsionar a mudança de comportamento e influenciar o direcionamento dos Sistemas de Saúde numa determinada direção (HURST; JEE-HUGHES, 2001).

Em síntese, a clareza sobre os princípios, objetivos e metas dos Sistemas de Saúde e as dimensões que serão objeto da avaliação de desempenho são pontos de partida cruciais, uma vez que orientarão a construção metodológica da avaliação, assim como as variáveis e indicadores a serem utilizados.

O sistema de gerenciamento do desempenho, por sua vez, presidirá a ação que realimentará a formulação de políticas e proporá os mecanismos de ajuste necessários para a correção de possíveis desvios. Sendo assim, a questão fundamental a ser enfrentada, mencionada por vários autores, é como medir o desempenho do Sistema de Saúde em termos de qualidade, eficiência e equidade e montar sistemas de gerenciamento de desempenho na perspectiva de impulsionar mudanças que possibilitem conseguir melhores resultados.

Esse ciclo de gerenciamento é o que dá sentido a qualquer avaliação de desempenho. Em outras palavras, a principal finalidade da montagem desse sistema de avaliação é mudar atitudes e práticas e, um processo permanente de avaliação, ajuste e reavaliação.

Os quadros 18, 19, 20 e 21 abordam uma síntese do conteúdo de cada trabalho pesquisado, de forma associativa em sua respectiva categoria de análise.

Quadro 18 – Categoria competências profissionais na prestação de serviços – D02.

| CONTEÚDO | D02 |
|------------------------|--|
| PROPÓSITO DO TRABALHO | O autor teve o objetivo de analisar como estes serviços podem ser qualificados a partir da gestão do conhecimento baseada em evidências utilizando indicadores de desempenho. Tratou-se de um estudo essencialmente fenomenológico, As conclusões apontam para a influência da pesquisa científica e de critérios de sigilo, confiabilidade e credibilidade quanto à mensuração de desempenho hospitalar através de um sistema de indicadores. Além disso, é possível supor que a problemática de hospitais ligados exclusivamente ao SUS direcione o debate teórico para questões assistenciais enquanto que a problemática de hospitais privados e sem fins lucrativos dirija o debate teórico para a redução de custos e eficiência de processos. |
| LIMITAÇÕES DA PESQUISA | Podemos citar que a escolha da amostragem para a Etapa Exploratória, por conveniência e dificuldade de conseguir a disponibilidade de um maior número de gestores para responder às perguntas de pesquisa no tempo programado; Falta de categorização dos resultados por tipologia dos serviços estudados; Demora na aprovação do Projeto de Pesquisa por parte dos Comitês de Ética; Restrições quanto à divulgação de dados e possibilidades de comparação entre serviços e modalidades específicas de atendimento entre os hospitais; |
| PRINCIPAIS RESULTADOS | Os resultados desta dissertação permitem relacionar algumas contribuições teóricas, guardadas as devidas restrições contextuais do uso de um sistema de indicadores em particular e a singularidade dos casos estudados. Outra contribuição apontada pela estrutura, consiste na produção de resultados de desempenho confiável ser dependente do exercício da investigação científica. A produção de pesquisa pode ampliar a credibilidade quanto à orientação da estratégia futura por resultados de indicadores e da permanente renovação de conhecimentos. |

Fonte – Elaborada pelo autor (2022).

Quadro 19 – Categoria competências profissionais na prestação de serviços – D08.

| CONTEÚDO | D08 |
|------------------------|--|
| PROPÓSITO DO TRABALHO | O autor teve o objetivo de analisar o comportamento resiliente e sua contribuição para a aprendizagem de multiprofissionais da saúde do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS), de uma instituição federal de ensino superior, localizada no centro do Estado do Rio Grande do Sul. A metodologia empregada está fundamentada na abordagem quantitativa e qualitativa do tipo estudo de caso exploratório. Participaram do estudo 97 multiprofissionais residentes, matriculados no PRMS. Os resultados da pesquisa permitiram identificar aspectos comportamentais nos multiprofissionais que influenciam diretamente na sua disposição de superação frente aos desafios de implantação da Proposta Político Pedagógica do PRMS. Os resultados alcançados permitem afirmar a importância do comportamento resiliente dos multiprofissionais da saúde diante das atividades desenvolvidas no programa, com base numa metodologia crítico reflexiva, embasada pelos pressupostos do sistema público de saúde, conduzidas por um modelo que prima pelo processo da aprendizagem. |
| LIMITAÇÕES DA PESQUISA | Não é possível qualquer tipo de generalização, pois cada situação analisada está intimamente relacionada às características e à singularidade de cada indivíduo, como o próprio estudo mostra em diferentes momentos. Por outro lado, os resultados da abordagem quantitativa revelam que os multiprofissionais residentes do PRMS representam apenas um grupo de multiprofissionais do PRMS da UFSM, não podendo ser estendido para os demais programas, o que representa apenas um indicador, necessitando de ampliação do escopo de pesquisa, junto aos demais programas no Brasil, para que se possam fazer afirmações mais abrangentes em relação aos resultados deste estudo. |
| PRINCIPAIS RESULTADOS | Este aspecto possibilita a aplicação dessa sistemática em outros programas, sustentadas pela importância da interação da gestão com os multiprofissionais residentes. Nesse sentido, esta pesquisa pode ser considerada como uma ampliação do escopo de pesquisa na área da saúde, pois emergem deste contexto diversos aspectos |

| | |
|--|---|
| | que podem contribuir e equalizar as demandas profissionais, setoriais e estratégicas de cada núcleo profissional. |
|--|---|

Fonte – Elaborada pelo autor (2022).

Quadro 20 – Categoria competências profissionais na prestação de serviços – D15.

| CONTEÚDO | D15 |
|------------------------|---|
| PROPÓSITO DO TRABALHO | Os objetivos do autor são: compreender a competência profissional; compreender os serviços de internação domiciliar e identificar o conhecimento, as habilidades e atitudes dos profissionais de internação domiciliar. Para o desenvolvimento desse estudo, utiliza-se como instrumento de coleta de dados um questionário com questões abertas e fechadas. Os resultados dessa pesquisa apontam para a inovação na formação dos profissionais de internação domiciliar indicando que as competências profissionais são o principal fator para obter a qualidade e eficiência nos serviços. Desta forma, a verificação dessas competências pode contribuir para a excelência dos serviços de internação domiciliar e a qualificação da gestão desses serviços. |
| LIMITAÇÕES DA PESQUISA | Contudo, as competências profissionais verificadas na análise do serviço de internação domiciliar prestado pela VITALMED e terceirizadas não podem ser generalizados para todo e qualquer serviço de internação domiciliar. Para definir as competências profissionais do serviço de internação domiciliar seria necessário fazer um levantamento envolvendo um número estatisticamente significativo de organizações prestadoras desses serviços e, em paralelo, profissionais. |
| PRINCIPAIS RESULTADOS | O que trás para o trabalho um ar de convergência se refere com esse levantamento ser possível validar os indicadores de competência profissional associados às dimensões conhecimento, habilidade e atitude que compõem o modelo de análise, isto é, validar na prática as competências profissionais definidas teoricamente. |

Fonte – Elaborada pelo autor (2022).

Quadro 21 – Categoria competências profissionais na prestação de serviços – D18.

| CONTEÚDO | D18 |
|------------------------|---|
| PROPÓSITO DO TRABALHO | Para o autor o objetivo deste estudo é analisar se métodos de capacitação de enfermeiros e técnicos em enfermagem ingressantes permitem a manutenção da qualidade do serviço de enfermagem prestado. Foram aplicados questionários a 23 enfermeiros e 10 técnicos em enfermagem, Os indicadores assistenciais mostraram redução significativa nos valores de erros de medicação e de flebites e elevações nos índices de queda de pacientes, tendo melhora acentuada após a implantação do atual método de capacitação. As entrevistas com profissionais ingressantes indicam grande satisfação com o método implantado, o que coincide com as entrevistas realizadas com os profissionais antigos que destacam a atitude e os conhecimentos apreendidos pelos profissionais ingressantes como diferenciais do atual método. A triangulação destas evidências sugere que o método de capacitação existente reflete na elevação da qualidade do serviço assistencial prestado pelos profissionais ingressantes, apesar de estarem inseridos em um ambiente de alta rotatividade. |
| LIMITAÇÕES DA PESQUISA | Foi identificado a falta de uma pesquisa antes da capacitação de profissionais da enfermagem ingressantes, bem como o número de indivíduos utilizados para a amostra, o que poderia permitir a generalização das análises para o restante da população. Outra importante limitação é ter realizado um estudo de caso único, uma vez que só este hospital utilizava este método de capacitação, o que impossibilitou uma análise comparativa que conclua que o método de capacitação utilizado é, de fato, a razão para a manutenção da qualidade e não uma característica particular da cultura desta organização. |
| PRINCIPAIS RESULTADOS | Identificado com base na análise dos dados, que o novo método de capacitação de profissionais da enfermagem ingressantes, com a utilização de preceptoría, inserido em um módulo de 14 dias de capacitação, mostra-se adequado para atender às necessidades de rápida inserção do novo funcionário, o que pode ser considerada uma importante inovação em relação ao modelo anterior de 30 dias. Sobretudo, ele propicia que os novos funcionários assumam suas atividades com mais segurança, além de |

| | |
|--|---|
| | proporcionar, de forma mais eficaz, o nivelamento dos conhecimentos necessários para a realização das boas práticas de enfermagem e da tomada de decisão. |
|--|---|

Fonte – Elaborada pelo autor (2022).

Entendemos neste contexto que pressupostos distintos devem ser levados, primeiramente, em consideração quando se discute competências profissionais na prestação de serviços, o indivíduo ser talentoso e assumir posição ativa seria um deles, dedicando-se, ao máximo, para a superação dos objetivos.

Além disso, também compreendemos que um setor de serviços, com funcionamento ininterrupto, como é o caso das organizações hospitalares, certo grau de liberdade e autonomia decisória precisam ser dados. Desta forma, a condição básica para o desenvolvimento da aptidão decisória é o treinamento continuado, este empregado capacitado e motivado que se deseja manter na empresa.

Assim, ficou claro que o desenvolvimento das competências individuais torna-se um elemento importante dentro da prestação de serviços assistenciais. Os gestores de nível intermediário que adotarem tal prática em seu modelo de liderança, delegarão autoridade aos demais, por compreenderem que não podem estar presentes em todos os momentos em que se fizer necessária a tomada de decisão.

4.7 A ORGANIZAÇÃO E SUA COERÊNCIA COM O PROJETO SOCIAL.

Este parágrafo visou contribuir para o conhecimento a respeito das organizações hospitalares frente aos projetos sociais, através da análise da coerência entre estrutura e projeto social.

Analisado então a relação entre estrutura e projeto social, pode-se inferir que não há coerência na mesma, pois o projeto social é, por sua natureza, substantivo e a formatação da estrutura para o desenvolvimento do mesmo é essencialmente instrumental, contendo elementos da racionalidade instrumental, conforme Ramos (2011).

Diante disso, observa-se que na estrutura, surgem algumas vezes mecanismos coercitivos, normativos e miméticos, porém os principais determinantes estão relacionados ao poder. Os níveis de centralização, de formalização e as formas pelas quais se dividia o trabalho na instituição refletem aspectos do ambiente interno, aspectos de cunho pessoal e encontram-se associados a fatores como a presença ou ausência da fundadora na prática institucional. Diante disso, é possível indicar uma limitação para explicar mudanças estruturais na instituição, devido à variável de maior peso que seria o poder.

Se analisarmos a estrutura social da organização frente aos resultados a respeito dos padrões de interação e comparando com informações relativas a projetos sociais e ao que se espera da gestão de organizações sociais, pode-se afirmar que não há coerência entre estrutura e projeto social.

Há influências relacionadas à linguagem e também a metodologias de trabalho adotadas pela instituições durante toda a sua trajetória no meio da saúde. A respeito da contratação de profissional, também a influência coercitiva, justificada pela necessidade de visibilidade e consequente busca de legitimidade e credibilidade.

Outro ponto para análise são as idéias, filosóficas e valores oriundos das profissões de serviço social, psicologia e educação, com amparo em legislações. A busca de certificados, filiações e participações demonstram influências coercitivas, e também a oferta de certificações e a instituição do selo de qualidade constituem meios utilizados para a busca da sustentabilidade organizacional.

A relação do imaginário social, de aspectos culturais e valores da sociedade na qual se encontra inserida a organização compõem aspectos míticos ligados à temática de assuntos sociais como: prostituição, aborto, violência contra a mulher – considerada de grande complexidade para posicionamento institucional, que interferem nas práticas cotidianas da organização.

A ação social e relações ambientais da organização marcam sua inserção no meio social e conseqüentemente sua presença no campo organizacional. A atuação junto às organizações do campo representa a busca pela sustentabilidade.

Os quadros 22, 23 e 24 abordam uma síntese do conteúdo de cada trabalho pesquisado, de forma associativa em sua respectiva categoria de análise.

Quadro 22 – Categoria organização e seuprojeto social – D20.

| CONTEÚDO | D20 |
|------------------------|--|
| PROPÓSITO DO TRABALHO | Este é um estudo a respeito da estrutura de organizações não governamentais, a partir de uma análise da perspectiva institucional de estudos organizacionais. Tem como objetivo analisar se a estrutura de uma organização social apresenta coerência com seu projeto social ou se expressa adaptação às pressões institucionais do ambiente organizacional. Foi realizada uma análise qualitativa dos dados coletados. Os resultados demonstraram haver coerência entre estrutura e influências ambientais, e pouca coerência entre estrutura e projetos sociais, indicando como principal determinante da estrutura um aspecto pouco abordado pela teoria institucional. |
| LIMITAÇÕES DA PESQUISA | Os resultados não permitiram confirmar os pressupostos, apesar de mostrar tendências nas relações entre financiador e financiado. Com relação ao terceiro pressuposto, afirma que não foi possível comprovar que estas organizações estejam sofrendo um processo de isomorfismo coercitivo por parte dos financiadores, embora tenha observado algumas interferências no que diz respeito às tarefas e rotinas |

| | |
|------------------------------|---|
| | administrativas, especificamente no uso de ferramentas externas diversas para o trabalho de aferição de resultados, cumprimento de metas ou acompanhamento das atividades, além da prestação de contas. |
| PRINCIPAIS RESULTADOS | Os resultados da presente pesquisa, demonstram a complexidade da realidade da gestão dessas organizações, onde as ONGs “São, em realidade, micro cosmos representativos da complexidade da sociedade em que estão inseridas”. Suposições e pressupostos do que se considera realidade não têm sido confirmados pelas práticas organizacionais, tanto no que se refere ao aspecto estrutural quanto no que tange aos valores e princípios que orientam a existência e funcionamento dessas organizações ditas sociais. |

Fonte – Elaborada pelo autor (2022).

A partir da análise dos estudos, podemos destacar que um dos principais desafios da gestão da saúde está relacionado com a manutenção da identidade da organização e dos seus projetos sociais, diante das pressões que sofrem de acordo à necessidade de sustentabilidade. Há outros desafios: o conflito entre idealismo e flexibilidade em contraponto à ordem hierárquica; a participação e qualidade dos serviços como dependentes da visão e comprometimento pessoal dos líderes; o estabelecimento de parcerias frente à autonomia, gerando desconfiguração do caráter original das organizações sociais.

Com essa preocupação, destacamos que o caráter social dessas organizações pede a necessidade de uma administração competente, que compreenda os elementos sociais e sua importância e os mantenha como partes do processo de gestão, o que possibilita uma aproximação da gestão com os princípios da racionalidade substantiva.

Pensamos então que a cultura assume posição determinante para a formação da realidade organizacional segundo esta perspectiva que atribui a transmissão de procedimentos cotidianos às influências interorganizacionais e à conformidade e persistência dos valores culturais, mais do que à função designada de ofício. Assim, adotar a perspectiva institucional passaria a dar ênfase aos elementos culturais e sociais.

4.8 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DE INDICADORES COLHIDOS NOS CONTEÚDOS DOS TRABALHOS ABORDADOS.

O processo de seleção de indicadores para as diversas dimensões da avaliação deve ser feito a partir de discussão liderada pelas esferas centrais que incorporam todos os possíveis usuários das informações. Em geral, cabe ao Ministério da Saúde a definição dos objetivos e metas do serviço de saúde e também a convocação dos fóruns políticos e técnicos de discussão.

Dessa forma, para selecionar os indicadores, a experiência dos diversos trabalhos demonstra a necessidade de abertura de um processo amplo de pactuação que leve em consideração, a conformação do sistema de saúde, seus objetivos e metas e os diferentes atores

que dele fazem parte.

O Quadro 23 mostra os indicadores de forma resumida mencionados pelos trabalhos colhidos como cruciais para orientar ações de assistência em saúde da população e para a sustentabilidade da Gestão na saúde.

Observa-se, que os principais indicadores para a mensuração de resultados e melhoria da sustentabilidade são de qualidade da assistência e desempenho econômico.

Quadro 23 – Indicadores de desempenho para uma gestão de qualidade, indicados na coleta de dados.

| INDICADORES | | DESCRIÇÃO | APLICAÇÃO | CÁLCULO DO INDICADOR |
|---------------|------------------------------------|--|---|--|
| Assistenciais | Número de internações | Número de internações por período. | Dimensionar a capacidade geral de atendimento. | Número de internações em uma determinada região sobre população residente no mesmo local e período x 100 |
| | Taxa de ocupação de leitos | Percentual de ocupação de leitos geral e por unidades. | Dimensionar a capacidade organizacional por atendimentos especializados. | Número de Pacientes / dia sobre Leitos / dia disponíveis x 100 |
| | Índice de procedimentos cirúrgicos | Percentual de cirurgias por nível de complexidade. | Dimensionar equipes, material e tecnologia. | Número de cirurgias indicadas sobre cirurgias realizadas em período comum x 100 |
| | Tempo de permanência | Tempo de permanência conforme o grau da evolução do paciente. | Estimular a alta e encaminhamentos de acordo com o quadro do paciente e liberar leitos para novos atendimentos. | Número de pacientes/dia dividido pelo número de saídas x 100 |
| | Índice epidemiológico | Número de incidências por tipo de doença. | Dimensionar capacidades e competências para o atendimento. | Número total de doentes sobre população total no mesmo período x 100 |
| | Índice de comorbidade | Mensuração da gravidade da doença conforme um grupo de 20 condições clínicas associadas. | Dimensionar prioridades de atendimento e alocação de recursos humanos conforme a gravidade do caso. | O seu peso em quilos, dividido por sua altura ao quadrado. |
| | Índice de cuidados em enfermagem | Mensuração da necessidade de conforme os parâmetros estabelecidos pelos conselhos de enfermagem. | Dimensionar materiais e recursos humanos. | THE = (Nº PCM) + (nº PCI) + (nº PCSIt) pacientes de cuidados mínimos (PCM), intermediário (PCI), crônico (PCI*), semi-intensivo (PCSI), crônico (PCSI*) intensivo (PCIT). |

| | | | | |
|----------------------|---|--|--|--|
| Recursos humanos | Número de equipes profissionais por complexidade da assistência | Número de equipes e categorias profissionais conforme a complexidade da intervenção. | Definir equipes conforme a complexidade da intervenção. | Integrantes da equipe x especialidade e habilidades para sua função (proporção) |
| | Índice de absenteísmo por categoria profissional | Índice de horas efetivas conforme a carga horária estabelecida para cada categoria profissional. | Redimensionar equipes. | Número de horas perdidas sobre horas trabalhadas + horas perdidas x 100 |
| Qualidade | Erro de administração de medicamentos | Percentual de erros de prescrição e administração de medicamentos. | Melhorar a qualidade e a resolutividade. | Numero de erros identificados sobre o numero total de procedimentos de adm de medicamentos x 100 |
| | Queda de pacientes em maca | Percentual de queda de pacientes em maca em deslocamento. | Melhorar a produtividade e a qualidade do atendimento. | Número de pacientes com dependência total e parcial sobre número registrado de quedas x 100 |
| | Taxa de infecção por serviço | Percentual de infecção por pacientes internados. | Melhorar a qualidade do atendimento. | Número de infecções atribuídas ao hospital em determinado período sobre o número de saídas (altas e óbitos) no mesmo período x 100 |
| | Taxa de reinternação | Percentual de retornos por paciente internado. | Evitar a reinternação e criar mecanismos de suporte externo para otimizar a capacidade de atendimento. | Número de altas em um determinado período sobre retorno de pacientes com diagnóstico da internação anterior x 100 |
| Financeiros | Custo operacional | Custo por complexidade da intervenção. | Dimensionar custos e aporte de recursos financeiros públicos. | Custo operacional = Custo de bens vendidos + Despesas operacionais. |
| Desempenho econômico | Resultado financeiro | Resultado operacional. Balanço patrimonial. | Planejamento financeiro e sustentabilidade econômica. | Somar as despesas fixas mais as despesas financeiras e dividir pela porcentagem da margem de contribuição. |

Fonte – Elaborada pelo autor (2022).

4.9 DESENVOLVIMENTO DA MATRIZ DE AVALIAÇÃO.

Uma vez decididas as grandes dimensões da avaliação, foi desenvolvido um processo de detalhamento para cada uma delas, com a criação de novas categorias, sempre partindo da revisão feita sobre as metodologias de avaliação e as diretrizes propostas pela OPS. Esse processo foi realizado através da revisão dos indicadores trabalhados nos diferentes estudos, e sugestões de dimensões que mereceriam o desenvolvimento de indicadores no caso brasileiro.

Cabe apontar que as sugestões em muitos casos são mais abrangentes do que os indicadores utilizados, e nesses casos deve-se entender que a dimensão foi considerada

relevante, mas não se chegou a optar por nenhum dos indicadores. Além disso, como os indicadores ainda não foram selecionados, não há nenhuma consideração com relação às escolhas a serem feitas sobre eventuais fontes de dados, seja no que se refere ao uso de sistemas de informação existentes ou a realização de inquéritos específicos.

O quadro 24, a seguir, apresenta definições em forma de proposições a partir das categorizações e análises dos 19 trabalhos, construindo-se esse modelo/matriz.

Quadro 24 – Proposição de um modelo teórico, resultado alcançado através dos estudos coletados e analisados

| | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|
| EQUIDADE | Contexto Político, Social, Econômico e a Conformação do Sistema de Saúde | | | |
| | Determinantes da Saúde | | | |
| | Ambientais | Sócio Econômicos e Demográficos | | Comportamentais e Biológicos |
| | Fatores físicos, químicos e biológicos do ambiente que atuam como determinantes de agravos à saúde | Características demográficas e socioeconômicas, contextuais e dos indivíduos, relacionadas com a produção de agravos à saúde | | Atitudes, práticas, crenças, comportamentos, bem como fatores biológicos individuais que condicionam; predis põem; influenciam a ocorrência de agravos à saúde |
| | Condições de Saúde da População | | | |
| | Mobilidade | Estado Funcional | Bem-estar | Mortalidade |
| | Ocorrência de sintomas, doenças, traumas e deficiências. | Ocorrência de limitação ou restrição na realização de atividades cotidianas típicas (funcionalidade) | Qualidade de vida associada ao bem-estar físico, mental e social dos indivíduos. | Padrão e tendências da ocorrência de óbitos na população. |
| | Estrutura do Sistema de Saúde | | | |
| | Condução | Financiamento | | Recursos |
| | Capacidade do governo de formular e implementar políticas de saúde, garantindo monitoramento, regulação, participação e responsabilização na execução das políticas. | Montante de recursos financeiros e modos pelos quais são captados e alocados | | Conjunto de pessoas, informações, instalações, equipamentos, insumos incorporados na operação do sistema de saúde. |
| | Desempenho do Sistema de Saúde | | | |
| | Efetividade | Acesso | Eficiência | Respeito ao direito das pessoas |
| | Grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados | Capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo | Relação entre o produto da intervenção de saúde e os | Capacidade do sistema de saúde de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade, e |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| | | | recursos utilizados. | estejam orientando as pessoas. |
| | Aceitabilidade | Continuidade | Adequação | segurança |
| | Grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da população | Capacidade do sistema de saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada | Grau com que os cuidados e intervenções setoriais estão baseados no conhecimento técnico-científico existente | Capacidade do sistema de saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais. |
| NOTA: Equidade é o eixo que corta transversalmente todas as dimensões. Portanto, todas elas devem ser analisadas segundo essa perspectiva, utilizando as variáveis e indicadores mais apropriados a cada uma delas. | | | | |

Fonte – Elaborada pelo autor (2022).

5. CONCLUSÃO

A pesquisa foi impulsionada pela necessidade de se analisar a organização hospitalar de forma mais abrangente, no que se refere à utilização de indicadores de desempenho como instrumento de gestão, auxiliando o gestor na tomada de decisão num contexto multidimensional que vai além da simples análise dos indicadores internos tradicionais, tais como métricas hospitalares e econômico-financeiras.

Uma análise do estado da arte está ligada aos fatores multidimensionais dos indicadores e possibilita ao gestor uma percepção da organização hospitalar inserida no macroambiente do sistema de saúde e de seu impacto social a partir da eficiência dos resultados operacionais. Primeiramente, avaliando a empresa hospitalar sob a análise econômica de custo benefício social com cruzamento de métricas de estrutura versus de produção/resultados. Segundo, pela dimensão de atuação da unidade hospitalar como instrumento de intervenção do governo nas políticas públicas de saúde, através de métricas socioeconômicas e demográficas e participação nas ações/campanhas nacionais de saúde (métricas de saúde).

De forma geral, pode-se afirmar que os indicadores são métricas que sintetizam informações relevantes do estado de saúde da população, assim como da performance do sistema de saúde. Em uma análise conjunta de um grupo de indicadores, estes apresentam resultados mais precisos, permitindo melhor interpretação da situação sanitária de uma população e serve para a vigilância das condições de saúde (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008).

5.1 PRINCIPAIS ACHADOS DA PESQUISA

Como um todo, identificou-se um cenário projetado em uma complexidade das organizações hospitalares e levando-se em consideração sua importância social como unidades produtivas, prestadoras de serviços de saúde à população, cuja demanda por esses serviços tem sido crescente e superior relativamente à sua oferta, defronta-se com um problema de qualidade da gestão de recursos escassos. Em decorrência, emergem desafios de gerir a rede hospitalar de forma a promover uma gestão eficiente, compatível com a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços prestados.

Visto a grande complexidade da organização hospitalar, atribuída às suas características intrínsecas de ser um bem quase público, onde a presença de externalidades, tanto positivas quanto negativas, é expressiva. Ações de prevenção, alinhadas a um tratamento médico eficaz,

reinsserindo o paciente de volta ao ambiente socioeconômico e a utilização de práticas de gestão eficientes por meio de planejamento e gestão de indicadores de desempenho, são um conjunto de ações que impactam na qualidade de vida da população, causando uma externalidade positiva.

Compreendido como resposta à sociedade, a intervenção do gestor no ambiente hospitalar através do aperfeiçoamento de processos, investimentos em infraestrutura física e do parque tecnológico, assim como, maior qualificação e capacitação dos profissionais, buscando ofertar um serviço de qualidade.

Correia (2007) conclui que a unidade hospitalar apresenta atributos particulares que o diferenciam de outras organizações. Desenvolve além das atividades médicas, as atividades de um hotel, de farmácia, de lavanderia e de restaurante, e aponta outra característica marcante que é o fato de que ele possui um caráter social e, em certas ocasiões, filantrópico, com um aspecto de responsabilidade mais amplo e complexo do que as organizações tradicionais, características iguais a estas trazem a necessidade de uma análise e tomada de decisões baseadas em indicadores confiáveis.

Dentre os achados da pesquisa, chegou-se em um entendimento diante as constantes cobranças voltadas ao gestor hospitalar, pois suas orientações e decisões partem da análise limitada dos indicadores tradicionais – métricas hospitalares e econômico-financeiras. As métricas hospitalares (média de pacientes-dia, média de permanência, taxa de ocupação hospitalar, taxa de mortalidade hospitalar, taxa de infecção hospitalar, proporção de partos cesárias, taxa de cirurgias suspensas e outras) e métricas econômico-financeiras (indicadores de liquidez, de endividamento, estrutura de capital, de rentabilidade e de lucratividade), direcionam a análise hospitalar para uma visão restrita, reduzindo sua percepção crítica em relação às reais demandas de saúde da população local, e tão pouco permite ao gestor tomar decisões que impactem em melhorias efetivas dos serviços prestados.

Portanto, enfatiza-se a importância da utilização de indicadores numa visão multidimensional diferenciada, que conjecturem a realidade de saúde presente e permita ao gestor hospitalar, juntamente com os gestores de saúde, um direcionamento das ações assistenciais a médio e longo prazo.

5.2 IMPLICAÇÕES TEÓRICAS

Nessa perspectiva, este trabalho contribuiu em articular iniciativas no âmbito acadêmico e da gestão dos serviços de saúde com o intuito de fornecer insumos para ampliação e

fortalecimento de iniciativas voltadas à melhoria do desempenho do sistema e dos serviços de saúde. A identificação dos avanços e lacunas ajuda a delimitar estratégias, incluindo a necessidade de informação de qualidade.

A visão multidimensional apresentada nessa pesquisa engloba um conjunto estruturado de indicadores, além das métricas tradicionais hospitalares. Em destaque cita-se outra dimensão que suplementa a análise da unidade hospitalar como instrumento de intervenção do governo na assistência às políticas públicas de saúde e seu impacto na qualidade de vida da população por intermédio da avaliação de impacto, analisadas pelas métricas socioeconômicas e demográficas.

Essa perspectiva é corroborada por Jannuzzi (2019) quando afirma que “os indicadores apontam, indicam, aproximam, traduzem em termos operacionais as dimensões sociais de interesse definidas a partir de escolhas teóricas ou políticas realizadas anteriormente. Eles se prestam a subsidiar as atividades de planejamento público e a formulação de políticas sociais nas diferentes esferas de governo, possibilitam o monitoramento das condições de vida e bem-estar da população por parte do poder público e sociedade civil e permitem o aprofundamento da investigação acadêmica sobre a mudança social e sobre os determinantes dos diferentes fenômenos sociais”.

Levando-se em consideração a importância dos indicadores sociais citado por Januzzi (2019) como subsídio das atividades de planejamento público e a formulação de políticas sociais, percebe-se que uma eficiente gestão dos indicadores sociais impacta positivamente nas ações dos gestores da saúde, no intuito de trazer melhorias à saúde da população, então, pode-se dizer que há uma externalidade positiva.

5.3 IMPLICAÇÕES GERENCIAIS

O gestor hospitalar, ao utilizar-se de práticas de gestão voltadas ao atendimento da demanda da população, focada na análise e avaliação de indicadores de desempenho, por meio de diagnósticos socioeconômicos junto aos pacientes atendidos, possibilita um melhor planejamento das ações assistenciais.

Este trabalho contribui em favor da limitação na formação do gestor, na sua maioria médicos, para uma discussão mais rotineira sobre os indicadores hospitalares tradicionais, como: número de internações, média de pacientes-dia, média de permanência, taxas de ocupação, de mortalidade e de infecção hospitalar, proporção de partos cesários, taxa de cirurgias suspensas, etc

Para que medidas empíricas (dados) de estruturas, processos ou resultados da atenção possam se constituir efetivamente em indicadores, além de terem consistência científica, elas devem estar, de fato, relacionadas aos problemas que têm impactos sobre a saúde da população, são importantes para os gestores e consumidores e podem ser influenciadas por intervenções no âmbito do sistema de saúde (MARSHALL et al., 2004; KRAUS; BUCHLER; HERFARTH, 2005).

O gestor pode utilizar-se desse conteúdo como fator preponderante para o bom desempenho das organizações. Partindo do entendimento que as informações gerenciais terão maior impacto quando transformadas em indicadores, com o propósito de monitorar e avaliar o desempenho hospitalar, especialmente no que se refere às metas de produção/resultados dos serviços de saúde ofertados. A eficácia do uso de indicadores se sobressai quando estes são utilizados para medir o impacto dos serviços de saúde quanto ao bem-estar da população.

Os ensinamentos deste trabalho podem servir para os gestores hospitalares quando usa-se a medicina baseada em evidências para superar barreiras, gerando treinamento e tecnologias para que equipes atinjam melhores resultados. A colaboração a renovação e a transferência de conhecimentos entre especialistas e gestores para a aplicação de evidências, também, podem contribuir com o gerenciamento dessas organizações, levando-as ao encontro da entrega de qualidade.

Assim como no campo da saúde, onde as informações são insumos relevantes para a realização das atividades, em se tratando, principalmente, de uma organização hospitalar, onde seu produto é um serviço personalizado de reestabelecimento da saúde, fornecido durante a troca de informações na interação entre profissional de saúde e paciente, respectivamente na relação de produção e consumo, ao mesmo tempo.

No contexto hospitalar quando se tem a negligência de informação, assimetria da informação, por parte da instituição hospitalar dos serviços de saúde disponibilizados à sociedade, assim como, na falha da relação médico-paciente ocasionando uma seleção adversa e/ou um risco moral. Para superar tais falhas deve-se utilizar a sinalização entre os agentes econômicos como: instituição hospitalar-sociedade, médico-paciente.

Contudo, quanto maior o acesso à informação dos serviços de saúde por parte dos pacientes, estes se tornam clientes mais críticos e exigentes em relação à quantidade e a qualidade do produto que irão consumir. Consequentemente, trazendo maiores cobranças aos administradores hospitalares na gestão eficiente dos hospitais

Pensando assim, acredita-se que quanto maior o acesso à informação dos serviços de saúde por parte dos pacientes, estes se tornam clientes mais críticos e exigentes em relação à

quantidade e a qualidade do produto que irão consumir. Consequentemente, trazendo maiores cobranças aos administradores hospitalares na gestão eficiente dos hospitais.

5.4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Este trabalho apresenta algumas limitações que merecem destaques. A proposta de trabalho teve como foco estudar os indicadores de desempenho como instrumentos de planejamento na gestão da saúde. Logo, não foi objeto da presente pesquisa, contemplar todas as especificidades de organizações hospitalares existentes no setor da saúde.

A pesquisa procurou compreender as estratégias organizacionais através de indicadores, naquilo que se aplica as organizações hospitalares através dos processos de gestão, suas interações e respostas em contraponto com a teoria neste tema.

Um ponto importante a ser ressaltado foi a dificuldade de obter dados sobre o resultado gestorial das organizações, assim como obter uma referência a nível nacional daquilo que se considera adequado em termos de gestão baseada em indicadores e seus resultados no âmbito das instituições hospitalares.

Estas limitações comprometem em parte a análise das evoluções relativas aos indicadores de desempenho. Para que isto fosse resolvido, seria necessário buscar dados de indicadores do setor da saúde no universo das entidades hospitalares brasileiras e compará-los entre si.

5.5 SUGESTÕES DE ESTUDOS FUTUROS

Embora este trabalho sugira uma proposta diferenciada na suplementação de indicadores de desempenho usuais com indicadores socio-econômicos na gestão em unidades hospitalares, por meio de uma visão multidimensional, entende-se que este estudo deve ser aprofundado em sua prática na realidade local hospitalar. Os indicadores aqui apresentados são exemplos, dentre inúmeros outros existentes, que se pode tentar padronizá-los num conjunto de métricas a serem utilizadas pelo Governo, pelo gestor hospitalar e pela sociedade, para se analisar e avaliar o desempenho do setor hospitalar. Buscou-se neste momento provocar uma discussão conceitual reflexiva do tema, a qual sugere, em etapa posterior, uma aplicação prática dos indicadores já padronizados.

Não obstante, o problema de falta de gestão da informação ser tema constante de discussão em literaturas nacionais e internacionais, sabe-se, que cada unidade hospitalar está

inserida em um contexto particular da sua área de atuação. Práticas e metodologias de gestão aplicadas em instituições semelhantes não garantem o mesmo desempenho, por fatores diversos não abordados no presente trabalho.

Criar e acompanhar indicadores de desempenho são atividades fundamentais da gestão em Saúde eficiente. A metodologia garante que os resultados traçados no planejamento estratégico estão sendo alcançados. Com o uso de sistemas de gestão os dados são coletadas de forma sistemática e padronizada, o que permite comparativos internos e externos, proporcionando assertividade nas decisões.

É necessário que o gestor conheça os indicadores que existem e aplique dentro da instituição, entendendo o porte, suas relações com os demais players do setor e objetivos presentes no planejamento estratégico.

Não basta implementar a gestão por indicadores do dia para a noite. A adoção da metodologia depende de uma cultura institucional comprometida com qualidade e melhoria contínua. Precisa partir do planejamento estratégico, que qualifica os indicadores como instrumento de gestão em Saúde. Também deve haver a capacitação de todos os profissionais envolvidos e, a partir daí, a aferição sistemática desses dados.

Concluindo, este estudo propõe uma contribuição conceitual na gestão de indicadores aos gestores hospitalares e da saúde, pois, o papel de uma instituição hospitalar, seja pública ou privada, fixa-se em ações conjuntas e integradas ao sistema de saúde. Em síntese, vislumbra atender as reais necessidades da sociedade, com vistas ao seu bem estar social, fundamentado em indicadores de apoio ao planejamento de políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

ABOUZHR, C; ADJEI, S.; KANCHANACHITRA, C. From data to policy: good practices and cautionary tales. *The Lancet*, London, v. 369, n. 9566, p. 1039-1046, 2007.

AHIRE, S. L, GOLHAR, D. I, WALLER, M. A. Development and validation of TQM implementation constructs. *Decision Science*, 27(1), 23-56.7, 2006.

AIHW- Australia Institute of Health and Welfare 2000. The Seventh Biennial Health Report of

AIHW- AUSTRALIA INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE 2002. The Eight Biennial Health Report of the Australian Institute of Health and Welfare. Canberra: AIHW Cat. No. AUS 25.

AKATU. O Consumidor Brasileiro e a Sustentabilidade. São Paulo: Instituto Akatu, 2010.

ALBUQUERQUE, J. P; PRADO, E. P. V; MACHADO, G. R. Ambivalent implications of health care information systems: a Study in the Brazilian public health care system. *Revista de Administração de Empresas – RAE* 51 (1), 58-71, 2011.

ALEXANDER, J.A; WEINER, B.J; SHORTELL, S.M; BAKER, L.C; BECKER, M.P. The role of organizational infrastructure in implementation of hospitals' quality improvement. *Hosp Top* v. 84 n.1, 2006.

ALLEYNE GAO 2001. Equity and Health. In: *Equity and Health: Views from the Pan American Sanitary Bureau*. Pan American Health Organization, PAHO.

ALMEIDA CM 1995. *As Reformas Sanitárias Nos Anos 80: Crise Ou Transição?* Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz.

ALMEIDA CM 1999. Reforma do Estado e Reforma de Sistemas de Saúde: Experiências Internacionais d Tendências de Mudança. *Ciência & Saúde Coletiva* 4(2):263-286.

ALMEIDA CM 2002. Equidade E Reforma Setorial Na América Latina: Um Debate Necessário. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(Suplemento 2002):23-36.

ALMEIDA CM, BRAVEMAN P, GOLD MR, SZWARCOWALD CL, RIBEIRO JM, MIGLIONICO A ET AL. 2001. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *Lancet* **357**(9269):1692-7.

ALVES, ANTÓNIO DA SILVA DIAS. Responsabilidade e governação na moderna gestão hospitalar. 2011, 430 f. Dissertação (Doutorado em Ciências da Saúde). Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Aveiro, 2011.

ANAND S, PETER F 2000. EQUAL OPPORTUNITY. IN: DANIELS, N., KENNEDY, B. & KAWACHI, I. *Is inequality bad for our health?* pp. 48-52. Boston. Beacon Press.

ANDREW, J. ET AL. MEASURING INNOVATION: The Need for Action. Boston: The Boston Consulting Group, 2009. 23 f.

Arrow KJ 1963. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, 53:941-973.

ARTELLS J 1983. Notas sobre la consideración econômica de la equidad: Utilización y acceso. In: Planificación y Economía de la Salud en las Autonomías (J. Artells, org.), pp. 23-30, Madrid:Masson.

ARTMANN, E; AZEVEDO, C. S; Sá, M. C. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 13(4), 723-740. doi:10.1590/S0102-311X1997000400015, 1997.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA e CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Programa de Avaliação e Controle da Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar, São Paulo, 2002. Informativo CQH, ano I, nº 3, julho 2002).

AUSTRÁLIA/NATIONAL HEALTH PERFORMANCE COMMITTEE (NHPC) 2001. National Health Performance Framework Report, Queensland Health, Brisbane.

AUSTRÁLIA/NATIONAL PUBLIC HEALTH PARTNERSHIP (2000), *Performance Indicator Frameworks for population Health: Report on Workshop held on 16 March 2000*, Melbourne.

AZEVEDO, A. C. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. Revista Saúde Pública. São Paulo, 25, p. 64-71, 2001.

BACKLUND E, SORLIE PD, JOHNSON NJ 1996. The Shape of the Relationship between Income and Mortality in the United States. Evidence from the National Longitudinal Mortality Study. *Annals of Epidemiology* 6(1): 12-20.

BAMBAS A, CASAS JA 2001. Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria. Equity and Health. Views from the Pan American Sanitary Bureau. (Ocasional Publication No. 8). Pan-American- Health-Organization. Washington D.C, PAHO: 12-21.

BARBOSA, INÊZ, C; SANTOS, Kelly, M. V; FREITAS, Marcelo Nogueira de; MATHIAS, SUELY, A; PEIXOTO, Rogério Café. Mapeamento dos centros de custos do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. Jan. 2014.

BÁSCOLO, E; YAVICH, N; LEÓN, A. S. El proceso de interacción investigadores y tomadores de decisiones: un estudio de caso. **Cadernos de Saúde Pública**, 22,S47-S56, 2006.

BATTISTELLA LR, BRITO CMM 2002. Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). *Acta Fisiátrica* 9(2):98- 101.

BEAL, A. Gestão estratégica da informação: como transformar a tecnologia da informação em fatores de crescimento e alto desempenho organizacional, São Paulo (2), 104, 2004.

BELLEN, H. M. Indicadores de sustentabilidade: uma análise comparativa. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

BELLEROSE C ET AL. 1994. Health and social survey,1992-93. Highlights. Quebec, Santé Quebec.

BELLI, P. 2001. The Impact of Resource Allocation and Purchasing (RAP) Reforms on Equity._

BERKMAN LF, KAWACHI I 2000. A Historical Framework For Social Epidemiology. In: *Social Epidemiology*, Oxford University Press.

BERMAN PA, BOSSERT TJ 2000. A decade of health sector reform in developing countries: what have we learned? Boston, data for Decision Making Project, International Health Systems Group, Harvard School of Public Health.

BETTCHER WD, SAPIRIE S, GOON EHT 1998. Essential Public Health Functions. Results of the International Delphi Study. *World Health Stat Q.* 51:44-54.

Bittar, O. J. N. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Revista de Administração em Saúde*, 6 (22), 15-18, 2004.

BITTAR, O.J.N.V. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. *Revista Saúde Pública*, v. 30, n.1, p. 53-60, 1996.

BLACK D, MORRIS JN, SMITH C, TOWNSEND P 1982. (Edited and with an introduction by Townsend P& Davidson N) *Inequalities in Health. The Black Report*, New York - London, Penguin; Pelikan.

BOBBIO N, MATTEUCCI G, PASQUINO (ORG.) 1993. *Dicionário de Política*, Volume 2 (5ª Edição). Brasília: Editora Universidade de Brasília.

BONNEYFOY, JUAN, C; ARMIJO, M. Indicadores de desempenho en el sector público. Santiago de Chile: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social, 2005.

BRANCO, M. A. F. Informação e tecnologia: desafios para a implantação da Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS). *Physis*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 95-123, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS. Pacto pela Saúde. Relatórios Municipais.

BRASIL. Ministério da Saúde. Responsabilidade dos entes. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL/MS 2003 - Relação dos Indicadores do Pacto de Atenção Básica 2003 de Estados e Municípios. Portaria GM456 de 16 de abril de 2003.

BRASIL/MS/ NOAS/SUS 2002 - Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS. SUS 01/02. Portaria MS/GM no 373, de 27 de Fevereiro de 2002). Brasília.

BRASIL/MS/ NOB/SUS 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. NOB SUS 1/96. Portaria MS/GB Nº 2.203, de 05 de Novembro de 1996. Brasília: MS.

BRASIL/MS/NOAS/SUS 2001. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso (Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS. SUS 01/01. Portaria MS/GM no 95, de 26 de Janeiro de 2001). Brasília.

BRAVEMAN P, TARIMO E 2002. Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. *Social Science & Medicine*, vol. 54 (11): 1621- 1635.

BRIGGS, D. (1999) Environmental health indicators: Frameworks and methodologies. World Health Organization. Genebra, www.who.int/environmental_information/Brock DW 2002. The separability of health and well-being. In: Murray CJL et al *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*, WHO, Genebra,. p.115-120.

BROOME J 2002. Measuring the burden of disease by aggregating well-being. In: Murray CJL et al *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*, WHO, Genebra. p. 91-113.

CALAZANS, A.T.S. Conceitos e uso da informação organizacional e informação estratégica. *TransInformação*, Campinas, 18, (1), 63-70, 2006.

CAMP, R. Benchmarking - The Search for Industry Best Practises that Lead to Superior Performance. ASQS Quality Press, Milwalkee, WI, 1989.

CARLINI JR; R. J., VITAL, T. W. A utilização do benchmarking na elaboração do planejamento estratégico: (...) *Revista Brasileira de Gestão de Negócios - RBGN*, São Paulo, 6, (14), 60-66, 2004.

CARMAN, J. M; SHORTELL, S. M; FOSTER, R. W; HUGHES, E. F; BOERSTLER, H., O'BRIEN, J. L; O'CONNOR, E. J. Keys for successful implementation of total quality management in hospitals. *Health Care Management Review*, 35(4), 283-293, 2010.

CARPINTÉRO, J. N. C. Custos na área de saúde: considerações teóricas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 6., 1999, São Paulo, Anais... São Paulo, 1999. 1 CD-ROM.

CARVALHO, A; BARBOSA, P. Organização e funcionamento do SUS: especialização em gestão em saúde – módulo específico – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.

CARVALHO, A; BARBOSA, P. Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS / Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]:CAPES: UAB, 2010. 82p.

CARVALHO, ALB; SOUZA, M.F; SHIMIZU, H.E; SENRA. A gestão do SUS e as práticas de moni-toramento e avaliação: possibilidades e desafios paraa construção de uma agenda estratégica. *Cien SaudeColet* 2012; 17(4): 901-911.

CASTELLANOS PL 1997. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida.Considerações conceituais. In: Barata RCB (org.) *Condições de vida e saúde*. Rio de Janeiro, Abrasco.

CHAGAS, G.S. Avaliação dos Resultados da Implantação do Balanced Scorecard em uma Instituição Hospitalar Privada. XXVI ENEGEP–Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Fortaleza, CE, Brasil, 9 a 11 de Outubro de 2006.

CHAMPAGNE F. CONTRANDIOPOULOS AP. Elementos de arquitetura dos sistemas de avaliação de desempenho dos serviços de saúde. In: Contandriopoulos AP, Hartz Z, Gerhir M, Nguyn A, organizadores. Saúde e Cidadania: as experiências do Brasil e do Quebec. Campinas: Saberes Editora; 2010. p. 297-340.

CHARLSON ME, SZATROWSKI TP, PETERSON J, GOLD J 1994. Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol*, **50**(8): 903-908.

CHERCHIGLIA, M. L; DALLARI, S. G. Tempo de mudanças: sobrevivência de um hospital público. RAE eletrônica, 5(2). Recuperado em 12 novembro, 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdfepid=S167656482006000200007eng=enrm=isoetlng=pt, 2006.

CHORNY, A. H. Planificación em salud: Viejas ideas em nuevos ropajes. Cuadernos Médico Sociales, Rosário, v. 73, p. 5-30, 1998.

CHOW, C; STEDE, A. The use and usefulness of non financial performance measures. *Management Accounting Quarterly*, v. 7, n. 3, p. 1-8, 2006.

CIANCIARULLO, TAMARA IWANOW. Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 2003.

CICONELLI RM 1997. Tradução para o Português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcome Studies, 36 – Item Short Form Health Survey (SF-36)”. Tese de doutorado, São Paulo, UNIFESP.

CIHI - Canadian Institute for Health Information. 2003. Health Indicators 2003: Definitions, Data Sources and Rationale.

CNS 2002. Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: Avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes. Documento Técnico. Ago, 61p, Brasília.

COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMÉRICA, INSTITUTE OF MEDICINE 2001. Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st Century, Washington, DC: National Academy Press.

CONASS. SUS 20 anos – Progestores - Brasília: CONASS, 2009.

CONASS. SUS: avanços e desafios./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. confederação nacional da indústria. Indicadores de Competitividade na Indústria Brasileira: micro e pequenas empresas. Brasília, 2006.

CORRAO, S; ARCORACI, V; ARNONE, S; CALVO, L; SCAGLIONE, R; BERNARDO, C; LEGALLA, R; CAPUTI, A. P; LICATA, G. Evidence-based knowledge management: an approach to effectively promote good health-care decision-making in the information era.

Internal and Emergency Medicine, 4(2),99-106, 2009.

CORREA, M. G; PROCHNIK, V; FERREIRA, A. C. S. Balanced scorecard em Hospitais: uma avaliação das críticas associadas ao modelo a partir do estudo de caso em duas organizações hospitalares Brasileiras. Anais do Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 33. São Paulo, Brasil, 2009.

CORREIA, Milka Alves. Análise de uma organização hospitalar à luz do modelo multidimensional-reflexivo de Alves (2003). 2007. 174 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Departamento de Ciências Administrativas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

COZZENS S 1995. Performance Assessment and the National Science Foundation: Proposals for NSF's Response to the Government Performance and Results Act, (NSF Discussion Paper, Arlington, VA, November.

DANIELS N, KENNEDY B, KAWACHI, I 2000. *Is Inequality bad for our Health?* Beacon Press, Boston. Deaton A, Paxson C 2001. Mortality, Income, and Income Inequality over Time in Britain and the United States.

DIDERICHSEN F, EVANS T, WHITEHEAD M 2000. The Social Basis of Disparities in Health. In: T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya and M. Wirth. *Challenging Inequities in Health* London, Oxford University Press: 13 - 23.

DIETSCHI, D. A., NASCIMENTO, A. M. Um estudo sobre a aderência do balanced scorecard as empresas abertas e fechadas. Revista Contabilidade e Finanças, São Paulo, 19, (46), 2008.

DONABEDIAN A 1973. *Aspects of Medical Care Administration*. Boston NE: Harvard University Press.

DONABEDIAN A 2005. *The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: Criteria and Patrons*. Ann Arbor MI: Health Administration Press.

DONABEDIAN A 1990. The Seven Pillars of Quality. *Arch.Path.Lab Med.* 114:1115-1118.

DONABEDIAN, A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? American Journal of Public Health, 71(4), 409-412, 2001.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729, 2005.

DUARTE, I.G; FERREIRA, D.P. Uso de Indicadores na Gestão de um Centro Cirúrgico. *Rev Adm Saúde*, abr-jun. 2015.

DUSSAULT, G. 1993. L'analyse des Systèmes de Santé: Cadre Conceptuel (Mimeo). Escorel S (coord), Giovanella L, Mendonça MH, Magalhães R, Senna MCM 2002. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em 10 grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados. Brasil,MS, Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica.

DUTRA, A. Metodologia para avaliar e aperfeiçoar o desempenho

organizacional:incorporando a dimensão integrativa à MCDA construtivista-sistêmico-sinérgica. 2003. 320f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2003.

ERSHIP, E; KATHLEEN, M; SULL, D.N. Strategy as simple rules. *Harvard Business Review*, vol. 79, January, 2001.

ESCRIVÃO, A, JR. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(3), 655-666, 2007.

EVANS RG, STODDART GL 2004. Producing health, consuming health care. In: Evans, Barer & Marmor Eds: *Why are some people healthy and others not? The determinants of the health of populations*. New York: Aldine de Gruyler.p. 26-64.

EVANS T, WHITEHEAD M, DIDERICHSEN F, BHUIYA A, WIRTH M 2001. Introduction. In: *Challenging inequities in health*. T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya and M. Wirth. London, Oxford University Press: 3 – 44

FERREIRA, N. S. de A. As Pesquisas denominadas “estado da arte”. **Educação & Sociedade**, n. 79, ano XXIII, Agosto/2002. p. 257-272.

FIELD MG (ED.) 1989. *Success and Crisis in National Health Systems: A comparative approach*. New York: Routledge.

FIOCRUZ 2000. International Workshop “Health Systems Performance – The World Health Report 2000”. Final Report. Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud em el Cono Sur - Cuadernos para Discusión, No2 : 55-86.

FLICK, U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009a.

FORGIA, G.M. LA; COUTTOLENC, B. F. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009. p. 496.

FORZA, C; SALVADOR, F. Assessing Some Distintive Dimensions of Performance Feedback Information in High Performing Plants *Int. J. of Operations e Production Management* , v.20, no.3, p. 359-385, 2000.

FOUCAULT M 1979. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro:Edições Graal.

FOX J, BENZEVAL M 1995. Perspectives on social variations in health. *Tackling Inequalities in Health. An agenda for action*. M. Benzeval, K. Judge and M. Whitehead. London, King's Fund.: 10-21.

FREEMAN G, SHEPPERD S 2001. *Continuity of Care*. Report of a Scoping Exercise for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO).

FREITAS, F. P; PINTO, I. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 547-554, 2005.

FRENK J 1992. The concepts and measurement of accessibility. In: White, K et al (Ed.), *Health Services Research: an Anthology*. p. 842-855, PAHO, Washington.

FRENK J 1994. Dimensions of health systems reform. *Health Policy* , 27:19-34.

FRENK J, DONABEDIAN A 1987. State intervention in medical care: types, funds and variables. *Health Policy and Planning*, 2(1):17-31.

FUNCK, E. The balanced scorecard equates interests in the healthcare organizations. *Journal of Accounting e Organizational Change*, 3, 88-103. doi:10.1108/18325910710756122, 2007.

GALAS, E. S; FORTE, S. H. A. C. Fatores que interferem na implantação de um modelo de gestão estratégica baseado no Balanced scorecard: estudo de caso em uma instituição pública. *Revista de administração Mackenzie*, 6, 87-111, 2005.

GALLOPIN, G.C. (1997) Indicators and their use: Information for Decision-making. In: Moldan, B. and Billharz, S. (Eds.) *Sustainability Indicators*. P. 13-27. SCOPE 58, John Wiley & Sons, Chichester.

GHALAYINI, A; NOBLE, J. The changing basis of performance measurement. *International Journal of Operations e Production Management*, v. 11, n. 8, p. 63- 80, 1996.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo, v. 5, n. 61, p. 16-17, 2002.

GONÇALO, C. R; BORGES, M. L. Organizações de saúde intensivas em conhecimento: um estudo no contexto de serviços de alta complexidade. *Saúde e Sociedade*, 19(2),449-461, 2010.

GRAEML, A. R. *Sistemas de Informação: o alinhamento da estratégia de TI com a estratégia corporativa*. São Paulo: Atlas, 2000.

GREEN CJ 2003. *Performance Evaluation Frameworks for vertically integrated Health Care Systems: Shifting Paradigms in Canada*. 5pp.

GREEN J, THOROGOOD N 1998. *Analyzing Health Policy – A Sociological Approach*. London and New York: Longman.

GRIFFIN JA 2002. Note on measuring well-being. In: Murray CJL et al *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*, WHO, Genebra. p.:129-133.

GRÔNROOS, CHRISTIAN. “Um Modelo de qualidade de serviços e suas implicações para o marketing”. In: RAE – *Revista de Administração de Empresas*. Vol 46, nº 4 p 88-95, Out./Dez., 2006.

GUIMARÃES, E. M. P., ÉVORA, Y. D. M. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. *Ciência da Informação*, 33, (1), 2004.

GUSMÍN, MARCELA. *Sistema de Control de GestIÓN y presupuestos por resultados: la experiencia chilena*. Santiago: DivisiÓn de Control de GestIÓN, noviembre 2004.

HABERMAS J 1989. *Consciência Moral e Agir Comunicativo*. Ed. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro 236p.

HACKER, M. E; BROTHERTON, P. A. Designing and installing effective performance measurement systems. *IEE Solutions*. Vol. 30, Aug. 1998.

HART CL, HOLE DJ, GILLIS CR, SMITH GD, WATT GCM, HAWTHORNE VM 2001. Social class differences in lung cancer mortality: risk factor explanations using two Scottish cohort studies. *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, p. 268-274.

Hartz ZMA, F. P. Avaliação de desempenhos sistemas de saúde: um contributo para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. In: Hartz ZMA, Ferri-nho P. *A Nova Saúde Pública. A Saúde Pública da Era do Conhecimento*. Lisboa: Editora Gradiva; 2011. p.58-79.

HAYES, R. ; Abernathy, J. Managing our way to economic decline. *Harvard Business Review*, p. 22-26, jul./aug. 1980.

HEIDHEIMER A 1975. Health Care: Delivery Options and Policy Constraints, In: A. Heideheimer; H. Hecló & C.T. Adams, *Comparative Public Policy-The Politics of Social Choice in Europe and America*, St. Martin's Press, New York.

HOUAIS A, VILAR MS, MELO FRANCO FM 2001. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Instituto Antônio Houaiss, Rio de Janeiro RJ: Editora Objetiva.

HRONEC, S. M; ANDERSEN, A. Sinais vitais: usando medidas de desempenho da qualidade, tempo e custo para traçar a rota para o futuro da empresa. São Paulo: Makron Books, 1994.

HSIAO W 1992. Comparing Health Care Systems: What can Nations Learn from One Another. *Journal of Health Politics and Law*, 17(4):613-639.

http://secure.cihi.ca/indicators/en/pdf/Definitions_data_sources_2003.pdf

HURST J 1990. Symposium on international comparisons of health care systems - respondent. In: OECD, *Health Care Systems in Transition: the search for efficiency. Social Policy Studies, N.7*, Paris, OECD, 71-4.

HURST J, JEE-HUGHES M 2001. Performance Measurement and performance Management . in *OECD Health Systems. Labour Market and Social Policy – Occasional Papers N° 47*.

IBGE 1998. *Pesquisa sobre Padrão de Vida 1996/97*. FIBGE, Rio de Janeiro.

IDLER EL, BENYAMINI Y 1997. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38:21-37.

IMMERGUT, EM. 1992. *Health Politics - Interests and Institutions in Western Europe, Cambridge Studies in Comparative Politics*. New York: Cambridge University Press, pp 34-77.

INAMDAR, N. R. S; KAPLAN; BOWER. "Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations." *Journal of Health Care Management*, 47(3), 179-195, 2002.

INSTITUTE OF MEDICINE 1988. *The future of public health*. Washington DC: National Academy Press. JCHAO 1993. The Measurement Mandate- on the Road Performance Improvement in Health Care. Chicago IL: Department of Publications, 53p.

INSTITUTE OF MEDICINE. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21 century. Washington, DC: National Academy Press.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE).

JANNUZZI, PAULO DE MARTINO. Indicadores socioeconômicos na gestão pública. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES : UAB, 2019.

JUNG, G; JACQUES, J.E. Análise do Desempenho Hospitalar: Uma Abordagem Através do Balanced Scorecard e do Pensamento Sistêmico. 30º Encontro da EnAnpad, Salvador. Setembro, 2006.

JURAN, J; GRYNA, F. Controle da qualidade – Handbook: conceitos, políticas e filosofia da qualidade. São Paulo: Makron Books; São Paulo: McGraw Hill, 1991.

KAKWANI NC, WAGSTAFF A, VAN DOORSLAER 1997. Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation and statistical inference. *Journal of Economics*, nº 77, 87-103.

KAPLAN RS, NORTON DP 1992. The Balanced Scorecard: Measures that Drive Performance, *Harvard Business Review*, Vol 70, January-February. p.72-9.

KAPLAN, R. S; NORTON, D. P. A estratégia em ação – BSC. 26 ed. Rio de Janeiro: Campus. (September/october 2000). Having trouble with uour strategy? Then map it. *Harvard Business Review*, 2007.

KAPLAN, R. S; NORTON, D. P. The balanced scorecard – Measures that drive performance. *Harvard Business Review*. Boston, 70, (1), 71-79, 1992.

KAPLAN, R; NORTON, D. The balanced scorecard – measures that drive performance. *Harvard Business Review*, p. 71-79, jan./feb. 1992.

KAUFMAN D, KRAAY A, ZOIDO-LOBATON P 1999. Aggregating governance indicators. WASHINGTON DC, The World Bank, Policy Research Working paper, No 2195.

KHATTAB, S, AL; ABORUMMAN, A. H. Healthcare service quality: comparing public and private hospitals in Jordan. *International Business Management*, 5(5), 247-254, 2011.

KHON R, WHITE KL 1976. *Health care: An international study*. London:Oxford University Press.

KLAZINGA N, STRONKS K, DELNOIJ D, VERHOEFF A 2001. Indicators without a cause: Reflections on the development and use of indicators in health care from a public health perspective. *International.J for Quality in Health Care*, 13(6):433-438.

KRAUS, THOMAS W.; BÜCHLER, MARKUS W.; HERFARTH CHRISTIAN. Relationships between volume, efficiency, and quality in surgery - a delicate balance from managerial perspectives. *World J Surg*, v. 29, n.10, p.1234-40, 2005.

KUNST AE MACKENBACH J 1994. The Size of Mortality Differences Associated with Educational Level in Nine Industrialized Countries. *Am J Public Health* 84(6): 932-937

KURCGANT P, TRONCHIM DMR, MELLEIRO MM. A construção de indicadores de qualidade para avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. *Acta Paul Enferm*, Vol. 19, Nº 1, 2006.

LAHEY R. The Canadian MeE System: lessons learned from 30 years of development. Washington:World Bank; 2010. (ECD Working series, nº 23).Pernelle S.

LALONDE M 1974. *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Health and Welfare Canada.

LAURENTI, R. Estatísticas de saúde. São Paulo: EPU, 2005.

LE GRAND J 1988. Equidad, Salud y Atención Sanitaria. In: VIII Jornada de Economía de la Salud, Anales, pp. 53-69, Canarias: Asociación Española de Economía de la Salud.

LEI N. 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

LE MOS, V; ROCHA, M. H. A gestão das organizações hospitalares e suas complexidades. In: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 7., 2011.

LEON DA, WALT G 2001. *Poverty, Inequality, and Health: An International Perspective*. Oxford University Press, New York.

LIMA-GONÇALVES, E; ACHÉ, C. A. O hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado. *Revista de Administração de Empresas –RAE*, 39, (1), 84-97.

LOCKWOOD, T.; WALTON, T. BUILDING DESIGN STRATEGY: using design to achieve key business objectives. New York: Allworth Press, 2008.

LONG AF, HARRISON S 1985. *Health Services Performance*. New Hampshire MA: Groom Helm LTD.

LUDEMIR AB, MELO FILHO DA 2002. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 36(2):213-21.

MACHADO, M; MACHADO, M; HOIANDA, Fernanda Marques da. Indicadores de desempenho utilizados pelo setor hoteleiro da cidade de João Pessoa/PB: um estudo sob a ótica do balanced scorecard. *Turismo – Visão e Ação, Balneário Camboriú*, v.9, n.3, p.393-406, set./dez. 2007.

MACHADO, S; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais

universitários no Brasil. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Sistema de Información Científica. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 871-877, jul./ago. 2007.

MACINKO JA, STARFIELD B 2002. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. *International Journal for Equity in Health*, (1) 1.

MACINTYRE D, GILSON L 2000. Redressing disadvantage: promoting vertical equity within South Africa. *Health Care Analysis* 8(3): 235-58.

MALIK, A. M.,Pena, F. P. M. Administração estratégica em hospitais. São Paulo: FGV/EAESP –NPP, Relatório 21, 2003.

MARINHO DE SOUZA MF, KALIGHMAN AO 1994. Vigilância à Saúde: Epidemiologia, Serviços e Qualidade de Vida. In: Rouquaryol, MZ (Org.) *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro:MEDSI (pp. 467-476).

MARMOT M 2002. The influence of income on health: views of an epidemiologist – Does money really matter? Or is it a market for something else? In: *Health Affairs*, Mar/April.

MARSHALL, MARTIN; LEATHERMAN, SHEILA; MATTKE, SOEREN. “Selecting indicators for the quality of health promotion, prevention and primary care at the health systems level in OECD countries”, OECD Health Technical Papers, n. 16, 2009. OECD Publishing.

MARTINS, D. Administração financeira hospitalar. São Paulo: Atlas, 2005.

MARTINS, M. M. C; PROTIL, R. M; DOLIVEIRAS, S. L. Utilização do benchmarking na gestão estratégica das cooperativas agroindustriais paranaenses. *Revista de Contabilidade e Organizações – RCO*, Ribeirão Preto, SP, 4, (10), 127-151, 2010.

MATARAZZO, D. C. Análise financeira de balanços. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MATUS C 1993. Planejamento e Governo. Brasília:IPEA. Tomos I e II.

MCCANN D. A performance management, a tool for organization change. *Infoletter* 2008; 5(2):7.

MCDOWELL I, NEWELL C 1996. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. Oxford University Press.

MCGEE, J; PRUSAK, L. Gerenciamento Estratégico da Informação Rio de Janeiro, Editora Campus, 2005.

MCGLYNN EA 2003. Selecting common measures of quality and system performance. *Medical Care*; Supplement, 41(1):I39-I47.

MCLOUGHLIN V, LEATHERMAN S, FLETCHER M, OWEN JW 2001. Improving performance using indicators. Recent experiences in the United States, the United Kingdom, and Australia. *Int J Qual Health Care* 13(6): 455-462.

MCPAKE B, MACHRAY C 1997. International comparison of health sector reform: Towards a comparative framework for developing countries. *Journal of International Development*, 9(4):621-629.

MCPAKE B, MILLS A 2000. What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform?. *Bulletin of the World Health Organization* ,78(6):811-20.

MEHRY EE 1994. (1ª Ed.), Razão e Planejamento, São Paulo:Ed. Hucitec (118 pp).

MEIRELLES, H. L.; Direito Administrativo Brasileiro. 36. ed. Malheiros: São Paulo, 2010.

MELLO JORGE, MARIA, H. et al. Sistema de informação sobre nascidos vivos – SINASC. São Paulo: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português (Centro Brasileiro de Classificação de Doenças), 1992.

MENDES EV 1993. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo:HUCITEC/ABRASCO.

MENDES EV 2001. *Os grandes dilemas do SUS* (Tomo I). Salvador, Bahia:ISC/casa da Saúde.

MENDES EV 2002. *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza:Escola de saúde Pública do Ceará.

MENDES EV, TEIXEIRA C, ARAUJO EC, CARDOSO MRL 1994. (1ª Ed.). Distritos Sanitários: conceitos chaves. In: Eugenio V. Mendes (Org) *Distrito Sanitário - O processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde*, São Paulo/Rio de Janeiro:Ed. Hucitec/ABRASCO, (pp.159-185).

MENDES-GONÇALVES RB 1979. *Medicina e História:Raízes Sociais do Trabalho Médico*. São Paulo, Dissertação de Mestrado FMUSP,1979.

METZGER X. 1996. Conceptualización e indicadores para el término equidad y su aplicación en el campo de la salud. Washington, OPAS.

MIDDELKOOP BJC, STRUBEN HWA, BURGER I, JONGERDEN JMV 2001. Urban cause-specific socioeconomic mortality differences. Which causes of death contribute most? *International Journal of Epidemiology*, vol. 30:240-247.

MIHAELA, P. L. Personality variables in decision-making. *Procedia -Social and Behavioral Sciences*, v. 187, p. 658-662, 2015.

MILLS A, HANSON K 2000. The Design of Health Systems, In: M.H. Merson; R.E. Black & A Mills (Eds.) *International Public Health: Diseases, programs, Systems and Policies*. Gaithersbrug, Maryland:Aspen Publishers, Inc.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Reforma do sistema de atenção hospitalar brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

MINTZBERG, H., LAMPEL, J; AHLSTRAND, B. Safári de estratégia: um roteiro pela selva

do planejamento estratégico (2a ed.). Porto Alegre: Bookman, 2000.

MITNTZBERG, H. **Ascensão e queda do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman; 2004.

MOONEY G, JAN S 1997. Vertical equity: weighting outcomes or establishing procedures? *Health Policy* **39**(1): 79-87.

MOONEY GH 1983. Equity in health care: Confronting the confusion. *Effective Health Care*, 1:179- 185.

MORAES, I. H. S. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec, 1994.

MORITZ, G; PEREIRA, M. **Processo decisório**. Florianópolis: SEAD/UFSC, 2006.

MOURA, GISELA. et al. Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v.30, n.1, p.136-40, mar. 2009.

MUÑOZ F, LÓPEZ-ACUÑA D, HALVERSON P, MACEDO CG, HANNAW, LARRIE M, UBILLA S, ZEBALLO JL2000. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* **8**(1/2):126-134.

MURRAY CJL & LOPEZ AD 1996. Rethinking DALYs. In: MurrayCJL & Lopez AD (Eds) *The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. p.1-97. Cambridge, Harvard University Press.

MURRAY CJL, FRENK J 2000. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, **78**(6): 717-731.

MUSGROVE P 1996. Public and private roles in health: theory and financing patterns. *Discussion Paper N. 339*. Washington:World Bank.

MUTALE, W. et al. Improving health information systems for decision making across five sub-Saharan African countries: implementation strategies from the African Health Initiative. *BioMed Central Health Services Research*, London, v. 13, p. S9, 2013. Supplement 2.

NAVARRO V 2000. Assessment of the World Health Report 2000. *Lancet*, Vol. 356 Issue 9241,p1598-1602.

NEELY, A; GREGORY, M; PLATTS, K. Performance measurement system design. *International Journal of Operations e Production Management*, v. 25, n. 12, p. 1228-1263, 2005.

NOSELLA, P. A pesquisa em Educação: um balanço da produção dos programas de pós-graduação. *RBEP*, v. 15, n. 43, jan./abr. 2010.

NUNES A, SANTOS JRS, BARATA RB, VIANA SM 2001. *Medindo as Desigualdades em*

Saúde no Brasil. Brasília. O'Leary DS 1995. Performance measures – How are they developed, validated, and used? *MedicalCare*; supplement, 33(1):js13-js17.

OECD 1992. Le réforme des systèmes de santé-Analyse Comparée de Sept Pays de l'OCDE, *Études de Politique de Santé*, N.2.

OLIVEIRA R. G; GRABOISV; MENDES JUNIORW. V. (Orgs.). *Qualificação de Gestores do SUS*. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2011.

OLIVEIRA, D. P. R. *Planejamento estratégico: conceitos, metodologia e práticas* (22a ed.) São Paulo: Atlas, 2006.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Disponível em: Acesso em: 18 mar. 2009. Organización Panamericana de la Salud 2002. *Salud en las Américas*, 2002. Washington DC.

OPS. OSSANAI J 1994. *Reformas contemporáneas en el campo de la salud: En busca de la Equidad*. Rockville, Technical Resources International Inc.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 2002A. De datos básicos a índices compuestos: una revisión del análisis de mortalidad. *Boletín epidemiológico* 23(4):1-2.

OSPINA, B. SÚNIA. Evaluación de la gestión pública: conceptos y aplicaciones en el caso Latinoamericano. *Revista do Serviço Público*. Brasília ñ Ano 52, n.1 (Jan-Mar/2001). ENAP, 2001.

PAIM JS 2016. A Reorganização das Práticas de Saúde em Distritos Sanitários. In: Eugenio V.Mendes (Org.) *Distrito Sanitário e o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro:Hucitec/ABRASCO (pp. 187-220).

PAIM JS 2016A. A reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: M. Z. Rouquaryol (Org.) *Epidemiologia & Saúde*, 4ª Ed., Rio de Janeiro:MEDSI (pp.455-66).

PAIVA, I. SUS registra volume recorde de ressarcimento, 2013. PORTAL BRASIL. Disponível em: . Acesso em: 18 fev. 2014.

PALADINI, E. P. *Avaliação estratégica da qualidade* (3a ed. rev.). São Paulo: Atlas, 2011.

PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION-PAHO 2000. *Funciones Esenciales de Salud Pública*. Documento da 52a Sesión del Comité Regional. Washigton, DC, p.11.

PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION-PAHO 2001. *Health Systems Performance Assessment And Improvement In The Region Of Americas*. Washington, D.C.: PAHO.

PANEBIANCO A 1994. Comparación y Explicación. In: Giovanni Sartori & Morlino (comp.), *La Comparación en las Ciencias Sociales*, Madrid:Alianza Editorial (pp.81-103).

PARMENTER, D. Performance indicators. *Chartered Accountants Journal of New Zealand*. Vol. 77, Oct. 1998.

PASTIDES, H. (2005) An epidemiological perspective on environmental health indicators. *World Health Statistics Quarterly*. 48: 140-143.

PEREIRA, G. Balanced Scorecard em Hospitais. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis). Universidade Federal do Rio de Janeiro Faculdade de Administração e Ciências Contábeis. Rio de Janeiro, 2005.

PEREZ, G, ZWICKER, R. Fatores determinantes da adoção de sistemas de informação na área de saúde: um estudo sobre o prontuário médico eletrônico. *Revista de Administração Mackenzie*, São Paulo, 11, (1), 2010.

PERFORMANCE MANAGEMENT: a hologra-matic relationship? *Infoletter* 2008; 5(2):1-8.

PERROCA, M.G, JERICÓ, M.C, FACUNDIM, S.D. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. *Rev Esc Enferm USP*, 2007; 41(1):113-9.

PINTEC. Pesquisa de inovação tecnológica. Rio de Janeiro: ibge, 2010. Disponível em: Acesso em: 22 out. 2013.

PONTES, A; SILVA, R; ALLEVATO, R; PINTO, M. A utilização de indicadores de desempenho no setor de suprimentos hospitalares: uma revisão de literatura. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 28.,2008, Rio de Janeiro. A integração de cadeias produtivas com a abordagem da manufatura sustentável. Rio de Janeiro, RJ, 2008.

PORTAL BRASIL. SUS democratiza o acesso do cidadão aos serviços de saúde. Publicado em: 31 de outubro de 2009. Disponível em: Acesso em: 5 fev. 2014.

PORTER, M; TEISBERG, E. O. **Redefining health care: creating value-based competition on results**. Massachusetts: Harvard Business School Press, 2005.

PORTO S, VIANNA SM, UGÁ MA, VIANNA CM, MARTINS M, LUCCHESI PTR, SZWARCOWALD CL, TRAVASSOS C, VIACAVA F 2002. *Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos*. Relatório final de projeto. Fiocruz. Rio de Janeiro.

PRAHINSKY, C; BENTON, W. C. Supplier evaluations: communication strategies to improve supplier performance. *Journal of Operations Management*, 22(1), 39-62, 2004.

PRODANOV, C. ; FREITAS, E. C. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Universidade Feevale, 2013.

PROGRAMA DE COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR – CQH. 3º Caderno de Indicadores CQH-2009 / Programa CQH - São Paulo: APM/CREMESP, 2009.

PUIGPINOS R, BORRELL C, PASARIN M, MONTELLA N, PEREZ G, PLASENCIA A, RUE M 2000. “Inequalities in mortality by social class in men in Barcelona, Spain.” *European Journal of Epidemiology* 16(8): 751 - 756.

RAPHAEL D 2001. Inequality is Bad for Our Hearts: Why Low Income and Social Exclusion

are Major Causes of Heart Disease in Canada. Relatório, North York Heart Health Network.

RAWLS J 1999. A theory for Justice. Belknap Press of Harvard University Press.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações - Ripsa. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações - Ripsa. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações - Ripsa. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

REILLY T 2002. Update on the Development of the National Healthcare Quality Report: *Annual Research Meeting Health Services Research: From Knowledge to Action*. June-23-25, Washington , DC.

REZENDE, D. A. Metodologia para projeto de planejamento estratégico de informações alinhado ao planejamento estratégico: a experiência do Senac-PR. *Ciências da Informação*, Brasília, 32, (3), 146-155, 2003.

RICE N, SMITH P 1999. Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey. Occasional Paper, Centre for Health Economics, University of York.
Rigby, D. K. Ferramentas de gestão: um guia para executivos. São Paulo, Bain e Company, 2009.

ROBIN, M. REVISITING A TQM research project: the quality improvement activities of TQM. *Total Quality Management*, 19(8), 751-761, 2009.

ROEDER, F. Administração hospitalar: planejamento estratégico na administração de serviços hospitalares. 2008, 52 f. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização). Escola de Saúde do Exército, Programa de Pós-Graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares. Rio de Janeiro, 2008.

ROEMER M 1985. *National Strategies for Health Care Organizations. A World Overview*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

ROEMER M 1991. *National health systems of the world*. (Vol. 1: The countries).Oxford, England:Oxford University Press.

ROSEN G 1980. *Da Polícia Médica à Medicina Social – Ensaio sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro:Edições Graal.

ROSEN G 1994. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Editora UNESP/HUCITEC/ABRASCO.

ROSINI, A; PALMISANO, A. Administração de sistemas de informação e a gestão do

conhecimento. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

RUMMLER, G. A; BRACHE, A. P. Melhores desempenhos das empresas: ferramentas para a melhoria da qualidade e da competitividade. São Paulo: Makron Books, 1992.

SADANA R, MATHERS CD, LOPEZ AD, MURRAY CJL, IBURG K 2002. Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status. In: Murray CJL et al *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*, WHO, Genebra, p.:369-386.

SALGADO CC, LOYOLA E, ROCA A 2001. Inequalities in Infant Mortality in the American Region: Basic Elements for Analysis. *Epidemiological Bulletin*, vol.22, nº 2, jun, PAHO/WHO.

SALTMAN RB, FERROUSSIER-DAVIS O 2000. The concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization*, **78**(6): 732-739.

SCHMENNER, R. Escaping the black holes of cost accounting. *Business Horizons*, p. 66-72, jan./fev.1988.

SCHOUT, D; NOVAES, H. M. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(4), 935-944, 2007.

SCHUHMANN, T. M. Hospital financial performance: trends to watch. *Healthcare Financial Management*, v. 62, n. 7, 2008.

SEN A 2001. Desigualdade reexaminada. Tradução de Ricardo Donninelli Mendes. São Paulo, Record ed.

SEN A 2002. Por qué la equidad en salud? (Texto do discurso lido na III Conferência Internacional sobre Economia da Saúde. York, UK, 23 de julho de 2001) *Rev. Pan Salud* 11(5/6):302-309.

SHAW, C. Evaluating accreditation. *International Journal for Quality in Health Care*. v. 15, p. 455-456, 2003.

SHELDON T 1998. Promoting health care quality: what role performance indicators? *Quality in Health Care*; 7 (Suppl.): S45-S50.

SICOTTE C ET AL. 1998. A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health Service Management Research*; 11: 24-48.

SILVA, A. S. DA; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, 2005.

SILVA, K. S. B; BEZERRA, A. F. B, Souza, I. M. C, e Gonçalves, R. F. (2010).

SILVA, K. S. B; BEZERRA, A. F. B; SOUZA, I. M. C; GONÇALVES, R. F. Conhecimento e uso do sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 26(2),373-382, 2010.

SILVA, K. S. B; BEZERRA, A. F. B; SOUZA, I. M. C; GONÇALVES, R. F. Conhecimento e uso do sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(2),373-382, 2010.

SILVA, L. M; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

SILVA, M. D. O. P; BARRETO, I. G; SOUSA, M. V; LUCENA, W. G. L. Uma análise comparativa dos indicadores de desempenho de uma entidade de saúde pública de Caruaru - PE: um aplicativo estratégico do Balanced Scorecard. In: CONGRESSO USP DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 3., 2006, São Paulo. Anais... São Paulo: Congresso USP de Iniciação Científica, 2006. 1 CD-ROM.

SILVA, S. R. A; GONÇALVES, M. A; SIQUEIRA, P. C; SILVEIRA, C. A. C. As decisões de investimento na Fundação Hospitalar de Minas Gerais e seus reflexos nos indicadores de qualidade. *RAHIS – Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*. Belo Horizonte, v. 1, n.1, p. 46-57, jul/ dez 2008.

SIMÕES, F; PAIM, C; ZUCCHI, P. Análise dos critérios de avaliação de desempenho dos hospitais gerenciados pelas organizações sociais de saúde em relação aos hospitais tradicionais no Estado de São Paulo. *Revista Faculdade Ciências Médica de Sorocaba*, v. 15, n. 2, p.16 - 21, 2013.

SLACK, N; CHAMBERS, S; HARRISON, A; JHONSTON, R. Administração da produção. São Paulo: Atlas, 1997.

SMEE CH 2002. Improving Value for Money in the United Kingdom National Health Service: Performance Measurement and Improvement in a Centralised System. p. 57-85. In: *OECD Measuring Up – Improving Health System Performance in OECD Countries*. Paris.

SMITH PC, RICE N, CARR-HILL, R 2001. Capitation funding in the public sector. *Journal of the Royal Statistical Society A*. 164, 2: 217-257.

SOUZA, A. A. Fórmulas de cálculo dos indicadores do sistema econômica. Material da disciplina Contabilidade Financeira. 2009.

SOUZA, A. A; GUERRA, M; LARA, C. O; GOMIDE, P. L. R. Controle de gestão em organizações hospitalares. In: CONGRESSO DE CONTABILIDADE E AUDITORIA – ISCA, 12., 2008, Portugal. Anais... Portugal: Congresso de Contabilidade e Auditoria, 2008. 1 CD-ROM.

SOUZA, A. A; GUERRA, M; LARA, C. O; GOMIDE, P. L. R. Controle de gestão em organizações hospitalares. In: CONGRESSO DE CONTABILIDADE E AUDITORIA – ISCA, Portugal. Anais... Portugal: Congresso de Contabilidade e Auditoria, 2008. 1 CD-ROM, 2008.

STANSFIELD, S. K. et al. Disease control priorities in developing countries Washington, DC: World Bank, 2006.

STARFIELD B 2002. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e*

tecnología. UNESCO, Ministerio da Saúde, Edição brasileira, Brasília.

STEPKE FL 2001. Ética, Equidad y Práctica en las Instituciones de Salud. In: *Equity and Health: Views from the Pan American Sanitary Bureau*. Pan American Health Organization, Washington, DC.

STEWART F 2001. *Horizontal Inequalities: A Neglected Dimension of Development*.

STURM R, GRESENZ CR 2002. Relations of income inequality and family income to chronic medical conditions and mental health disorders: national survey. *BMJ*; 324:20.

TANCREDI, B.F; BARRIOS R.L.S; FERREIRA, G. J. H. **Planejamento em Saúde**, Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL 1998. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Ano VII, Abr/Jun/98, N.2:7-28.

TEIXEIRA CF, PAIM JS, VILASBÔAS AL 2001. (2ª Ed.) SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. In: Suely Rozemfeld (Org.) *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro:Ed.Fiocruz (pp 49-60).

TERRIS M 1978. *Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata .OMS- UNICEF.

TESTA M 1995. *Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación (El Caso de Salud)*. Buenos Aires:Lugar Editorial (295 pp.)
the Australian Institute of Health and Welfare. Canberra: AIHW Cat. No. 19.

TRAVIS P, EGGER D, DAVIES P, MECHBAL A 2002. *Towards better stewardship: concepts and critical issues*. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Papers , No. 48. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

TURREL G, MATHERS C 2001. Socioeconomics inequalities in all-cause and specific-cause mortality inAustralia: 1985-1987 and 1995-1997. *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, p. 231-239. UK/DHS/NHS 2002. NHS Performance Indicators.

UNICAMP/CENTRO DE DEFESA DA VIDA 1992. *Manifesto "Em Defesa da Vida"*. Campinas, disponível em <http://www.cdv.org.br> . US/DHHS 2000. Healthy People 2010: *Leading health indicators*.

United States Agency for International Development(USAID).Evaluation Policy. Washington: USAID, 2011.

USEPA (1995) A conceptual framework to support development and use of environmental information in decision-making. 230/R-95/012. www.epa.gov/indicator

VAN DOORSLAER E, WAGSTAFF A, VAN DER BURG H, CHRISTIANSEN T, DE GRAEVE D, DUCHESNE I, GERDTHAM UG, GERFIN M, GEURTS J, GROSS L, HAKKINEN U, JOHN J, KLAVUS J, LEU RE, NOLAN B, O'DONNELL O, PROPPER C, PUFFER F, SCHELLHORN M, SUNDBERG G, WINKELHAKE O 2000. Equity inthe delivery of health care in Europe and the US. *Journal of Health Economics*, 19 (5):553-83.

VAN DOORSLAER E, WAGSTAFF A, VAN DER BURG H. CHRISTIANSEN T, DI

BIASE R, GERDTHAM U.G, GERFINM, GEURTS J, GROSS L. HAKKINEN U, JOHN J, JOHNSON P, KLAVUS J, LACHAUD C, LEU RE, NOLAN B, PEREIRA J, O'DONNELL O, PROPPER C, PUFFER F, ROCHAIX L, SCHELLHORN M, SUNDBERG G, WINKELHAKE O 1999. The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics*, 18(3): 291-313.

VASCONCELLOS, M. M; MORAES, I; CAVALCANTE, M. Política de Saúde e Potencialidades de Uso das Tecnologias de Informação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n 61, p.219-235, mai./ago., 2002.

VEIGA, J. E. Desenvolvimento sustentável: o desafio do século XXI. São Paulo: Garamond, 2006.

VIACAVA & BAHIA, 2002. *Oferta de Serviços de Saúde: uma análise da Pesquisa Assistência Médico Sanitária (AMS) de 1999*. Texto para Discussão No 915. IPEA, Brasília

VIACAVA F 2002. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciência &Saúde Coletiva*, 7(4): 607-621.

VIACAVA, F. et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo para análise. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921-934, 2012.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VIANA ALD, PIERANTONI CR 2002. *Indicadores de Monitoramento da Implementação do PSF em Grandes Centros Urbanos*. Relatório Síntese e Relatório Metodológico. Mimeo.

VIEIRA, D. K; DETONI, D. J; BRAUM, L. Indicadores de qualidade em uma unidade hospitalar. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 2006.

VIEIRA, D. K; DETONI, D. J; BRAUM, L. M. Indicadores de qualidade em uma unidade hospitalar. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 2006.

VIEIRA, L. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. (Orgs.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA/FIOCRUZ; Rio de Janeiro: 2005. p.15-39.

VIEIRA-DA-SILVA LM 1999.A avaliação da descentralização da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2): 331-340.

VUORI H 1991. A qualidade da saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, 3: 17-25 Wagstaff A 2002. Measuring Equity in Health Care Financing: Reflections on and Alternatives to the World Health Organization's Fairness of Financing Index. *Health Economics*, 11(2): 103-115.

WAGSTAFF A, PACIP, JOSHI H 2001. Causes of Inequality in Health: Who You Are? Where You Live? Or Who Your Parents Were? The World Bank; Country Economics Department, Paper 2713.

WALT G 1994. *Health Policy - An Introduction to Process and Power*. Johannesburg, New Jersey and London: Witwatersrand University Press.

WAMALA SP, LYNCH J, KAPLAN GA 2001. Women's exposure to early and later life socioeconomic disadvantage and coronary heart disease risk: the Stockholm Female Coronary Risk Study. *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, p.275-284.

WAZLAWICK, R. Metodologia de pesquisa para ciência da computação. Páginas 40 – 45. Elsevier Brasil, 2009.

WEST P, CULLIS J 1979. *Introducion a la Economia de la Salud*. Oxford.

WHITE, K. R, LEMAK, C. H; GRIFFITH, J. R. Improving healthcare management education using principles from Baldrige and evidence-based management. **Journal of Health Administration Education**, 28(3),187-207, 2011.

WHITEHEAD M 1992. The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services* 22(3): 429 - 445.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO'S framework for action. Geneva, 2007.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO'S framework for action. Geneva, 2007.

WHOQOL GROUP 1998. The World Health Organization quality of life assessment: developmentand general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46 (12): 1569-1585.

WOLFSON M, ALVAREZ R 2002. Towards Integrated and Coherent Health Information Systems for Performance Monitoring: The Canadian Experience, p. 133-155. In: *OECD Measuring Up – Improving Health System Performance in OECD Countries*. Paris.

WOLFSON M, ROWE G 2001. On measuring inequalities in health. *Bulletin of the World HealthOrganization*, 79 (6):553-560.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 1978. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata,USSR.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 1994. A user'sguide to the self reporting questionnaire (SRQ). Genebra,WHO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2000. The World Health Report. Health System: ImprovingPerformance. Geneva: 215p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2001. International Classification of Functioning,

Disability and Health. Final Draft. Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health systems: improving performance. Geneva: WHO, 2000.

WURSTER, C. J; LICHTENSTEIN, B. B; HOGEBROOM, T. Strategic, political, and cultural aspects of IT implementation: improving the efficacy of an IT system in a large hospital. *Journal of Health Management*, 54(3), 191-206, 2009.

YAZLLE ROCHA JS 2002. *Sistemas de Informação: a experiência de Ribeirão Preto*, (mimeo).

Zaslavsky AL 2001. Statistical issues in reporting quality data: small samples and case-mix variation. *J for Quality in Health Care*, **13**(6):481-488.