

ANÁLISE DAS CONTRIBUIÇÕES DE PESQUISAS SOBRE INDICADORES DE DESEMPENHO NA SAÚDE

ANALYSIS OF BRAZILIAN RESEARCH CONTRIBUTIONS ON HEALTH PERFORMANCE INDICATORS

ANÁLISIS DE LAS CONTRIBUCIONES DE LA INVESTIGACIÓN BRASILEÑA EN INDICADORES DE DESEMPEÑO EN SALUD

Alex Eckert

alex.eckert@bol.com.br

Universidade de Caxias do Sul

José Edson Rodrigues Fernandes

edson.rodrifer09@gmail.com

Universidade de Caxias do Sul



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution License
This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Creative Commons Attribution License

RESUMO

O objetivo da presente pesquisa foi analisar quais foram as principais 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-qualitativo, tendo como *corpus* as dissertações defendidas nos programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Administração, utilizando-se da matriz de síntese para a extração das informações. Os resultados indicam a importância da utilização de indicadores em uma 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 no médio e longo prazo.

Palavras-chave: Desempenho, Planejamento, Gestão da saúde.

ABSTRACT

The purpose of this research 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 information. 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.

Keywords: Performance, Planning tools, Health management.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue analizar las contribuciones de las investigaciones sobre instrumentos de planificación de la gestión en salud, así como sobre indicadores de desempeño en salud, realizadas en programas brasileños *Stricto-Sensu* en Administración. Para alcanzar los objetivos se desarrolló una investigación bibliográfica descriptivo-cualitativa, teniendo como corpus las tesis defendidas en los programas de posgrado en Administración *stricto sensu*, utilizando la matriz de síntesis para extraer la información. Los resultados indican la importancia de utilizar indicadores en una mirada multidimensional diferenciada, que conjeturen la realidad sanitaria actual y permitan al gestor hospitalario, junto a los gestores de salud, orientar acciones asistenciales a medio y largo plazo.

Palabras clave: Desempeño, Planificación, Gestión en salud.

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, como 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.

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).

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).

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).

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. Diante

do exposto, o objetivo do presente estudo é analisar quais as principais contribuições das pesquisas sobre os instrumentos de planejamento na gestão da saúde, bem como dos indicadores de desempenho em saúde, realizadas nos programas de *Stricto-Sensu* em Administração brasileiros.

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. 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.

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.

RERENCIAL TEÓRICO

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).

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).

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), e Souza e Almeida (2010), 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.

Para 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 diversas instituições, que estão construindo gradativamente sua estrutura de indicadores e criando assim referenciais comparativos para o seguimento hospitalar.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Delineamento

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

Na sua tipologia, constitui-se de uma pesquisa do tipo “estado da arte”, ou estado do conhecimento. Souza e Salvi (2011) comentam que há uma crescente evolução na realização de estudos desse tipo, sobretudo em Administração. 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, podem auxiliar em uma melhor compreensão do estado de conhecimento de determinado tema, de tendências teóricas, de discussões metodológicas, ampliando este conhecimento pesquisado.

Procedimentos de coleta e análise dos dados

Inicialmente, foi consultado o banco de dados da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações - BDTD, para levantamento de todas as Tese e Dissertações disponibilizadas. Na busca, utilizou-se a expressão “Indicadores de Gestão na Saúde” como descritor, na área de Administração, sendo

que na sequência foram realizadas leituras preliminares do resumo desse material localizado, como parte que compõe o corpus desta pesquisas.

Seguindo, ocorreram as leituras em profundidade das publicações selecionadas, passando-se então para análise e interpretação dos dados através da matriz de síntese, ou matriz de análise, como ferramenta de extração e organização de dados.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir da busca no Banco de Teses da BDTD, chegou-se a um resultados 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.

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. Assim, a partir da realização desse procedimento, chegou-se ao corpus da presente pesquisa, composto por 23 estudos (Anexo A).

Assim, o Quadro I, apresentado na sequência, demonstra 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 não estão alinhados com a 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); DI6 (trata-se de atividade no turismo); DI9 (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 I – 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: Elaborado pelos autores.

Assim, na sequência analisa-se cada uma das sete categorias identificadas e apresentadas no Quadro I.

Equipes e recursos humanos

Os resultados ora apresentados sinalizam para a administração dos 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.

Pode-se ainda acrescentar 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.

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).

Percebe-se, através dos trabalhos analisados, que o 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.

Eficiências, custos e perdas na gestão

Todos os estudos dessa categoria 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.

Orientações estratégicas

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.

Diante dos conteúdos estudados, verificou-se que as organizações 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.

Assistência e satisfação dos usuários

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.

Baseado no conteúdo abordado neste tópico, entende-se 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.

Competências profissionais da prestação de serviços

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 sistema de saúde 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.

Entende-se, 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.

A organização e sua coerência com o projeto social

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

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.

Ao se analisar 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 quase não há coerência entre estrutura e projeto social.

A partir da análise do estudo, pode-se 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, destaca-se 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.

Pensa-se, 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.

Resumo dos indicadores elencados nos estudos analisados

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. 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 2 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 2 – Indicadores de desempenho para uma gestão de encontrados

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 cirurgia 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 = (N° PCM) + (n°PCI) + (n° PCSI) + (n° 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 parciais 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 = Custos 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: Elaborado pelos autores.

Proposta de um modelo para avaliação do desempenho

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 mereciam

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 3 apresenta definições em forma de proposições a partir das categorizações e análises das publicações analisadas.

Quadro 3 – Síntese dos resultados e proposição de um modelo teórico

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 recursos utilizados.	Capacidade do sistema de saúde de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade, e 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: Elaborado pelos autores.

CONCLUSÃO

A presente 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.

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, reinserindo 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.

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.

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”.

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 cesárias, taxa de cirurgias suspensas, dentre outros.

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.

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. Conseqüentemente, trazendo maiores cobranças aos administradores hospitalares na gestão eficiente dos hospitais.

Este trabalho apresenta algumas limitações que merecem ser listadas. 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 às 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.

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

ALVES, ANTÔNIO 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.

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.

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

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.

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.

CHERCHIGLIA, M. L; DALLARI, S. G. **Tempo de mudanças: sobrevivência de um hospital público**. RAE eletrônica, 5(2).

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

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.

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.

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 ConoSur - Cuadernos para Discusión, No2 : 55-86.

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

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.

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.

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.

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

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

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 Nov a Saúde Pública. A Saúde Pública da Erado Conhecimento. Lisboa: Editora Gradiva; 2011. p.58-79.

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.

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

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.

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

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.

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

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.

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.

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

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

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.

OLIVEIRA R. G; GRABOISV; MENDES JUNIOR W. 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.

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

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.

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.

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 décadas produtivas com a abordagem da manufatura sustentável. Rio de Janeiro, RJ, 2008.

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

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.

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

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. . **Healthcare Financial Management**, v. 62, n. 7, 2008.

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

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

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. I 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. I CD-ROM, 2008.

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

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

WURSTER, C. J; LICHTENSTEIN, B. B; HOGEBOOM, 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.