

 <p><b>UnB</b> Universidade de Brasília</p>	 <p><b>UFPB</b> Universidade Federal da Paraíba</p>	 <p><b>UFRN</b> Universidade Federal do Rio Grande do Norte</p>
<p><b>Programa Multiinstitucional e Inter-Regional de Pós-graduação em Ciências Contábeis</b></p>		

EDZANA ROBERTA FERREIRA DA CUNHA VIEIRA

**CARACTERÍSTICAS DA MEDIÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL: um estudo descritivo nos hospitais do Estado do Rio Grande do Norte**

**NATAL - RN  
2008**

EDZANA ROBERTA FERREIRA DA CUNHA VIEIRA

**CARACTERÍSTICAS DA MEDIÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL: um estudo descritivo nos hospitais do Estado do Rio Grande do Norte**

Dissertação apresentada ao Programa Multiinstitucional e Inter-Regional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis – área de concentração “Mensuração Contábil” - da Universidade de Brasília, da Universidade Federal da Paraíba e da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito à obtenção do título de Mestre em Ciências Contábeis.

**Orientadora: Professora Dra. Aneide Oliveira Araújo.**

**NATAL - RN  
2008**

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Setorial do CCSA  
Divisão de Serviços Técnicos

Vieira, Edzana Roberta Ferreira da Cunha.

Características da medição de desempenho organizacional: um estudo descritivo nos hospitais do Estado do Rio Grande do Norte / Edzana Roberta Ferreira da Cunha. - Natal, 2008.  
105 f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Aneide Oliveira Araújo.

Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis.

1. Contabilidade - Dissertação. 2. Gestão - Dissertação. 3. Hospital - Dissertação. 4. Desempenho - Dissertação. I. Araújo, Aneide Oliveira. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/BS/CCSA – nº. 149

CDU 657 (043.3)

EDZANA ROBERTA FERREIRA DA CUNHA VIEIRA

**CARACTERÍSTICAS DA MEDIÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL: um estudo descritivo nos hospitais do Estado do Rio Grande do Norte**

Dissertação aprovada, como requisito à obtenção do título de Mestre em Ciências Contábeis do Programa Multiinstitucional e Inter-regional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da Universidade de Brasília (UnB), Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), pela seguinte comissão examinadora:

**Professora Aneide Oliveira Araújo, Dra.**

Orientadora - Programa Multiinstitucional e Inter-regional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da UnB, UFPB e UFRN

**Professora Joanília Neide Sales Cia, Dra.**

Examinadora Externa – Universidade de São Paulo (USP)

**Professor José Dionísio Gomes da Silva, Dr.**

Examinador Interno - Programa Multiinstitucional e Inter-regional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da UnB/UFPB/UFPE /UFRN

Dedico a todos que sempre acreditaram em mim, especialmente à minha mãe e minha avó, por toda dedicação, apoio, carinho, paciência e confiança durante toda minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Muitas foram as pessoas que torceram por mim durante essa trajetória, porém para não cometer o deslize de esquecer alguém, citarei as que tiveram notória importância nesta reta final.

Em primeiro lugar agradeço a Deus – pelo dom da sabedoria e fiel companheirismo em todos momentos vividos, principalmente nesses últimos dois anos - e a minha mãe, exemplo de determinação e coragem, que durante toda a vida me guiou, mostrando os caminhos certos a serem seguidos, e me incentivou a lutar e nunca desistir de meus sonhos, além de ser minha financiadora durante o primeiro ano de mestrado.

Agradeço à minha orientadora, Dra. Aneide, pelo apoio sempre prestado e pelos conhecimentos transmitidos desde o período da graduação, onde também foi minha professora e me orientou na monografia. Obrigada pela paciência e serenidade que você me transmite, por me dar força em diversos momentos em que não estava bem psicologicamente e pelas valiosas sugestões para enriquecimento desta dissertação.

Ao Programa Multiinstitucional e Inter-regional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da Universidade de Brasília (UnB), Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e a todos os seus mestres, pelos conhecimentos transmitidos, Prof. Paulo Amilton Maia, Profa. Dra. Érika Andrade, Prof. Dr. Paulo Cavalcante, Prof. Dr. Jorge Katsumi, Prof. Dr. Paulo Roberto Lustosa, Prof. Dr. César Tibúrcio e Prof. Dr. Dionísio Gomes. A esses dois últimos, agradeço também pelas preciosas dicas na qualificação do projeto da dissertação, que me fizeram abrir os olhos e trocar de objeto de estudo, apesar de na hora ficar sem direção, hoje já consigo visualizar os benefícios, obrigada também pelas sugestões no segundo projeto de pesquisa as quais estão inseridas nesse estudo.

Além dos professores gostaria de agradecer a uma pessoa muito especial do programa, Ridan, pela qual tenho um grande carinho e admiração, por sua eficiência, gentileza e presteza.

Aos companheiros de turma, Anamélia Melo, Diego Boente, Ed Wilson Santana, Janieiry da Costa, Luiz Gustavo Pessoa, Luiz Marcelo, Sérgio, por compartilharem comigo as alegrias e tristezas provindos dessa caminhada, e, em

especial, a André Luiz de Souza, Clayton Melo, Marise Magaly Rocha e Paulo de Tarso Braga, pela oportunidade de conhecê-los melhor, espero que o mestrado tenha propiciado o início de uma longa e verdadeira amizade.

A todos que fazem parte da coordenação e departamento de Ciências Contábeis da UFRN, em especial à Artemísia e Iva Rocha, pela solitudine, prontidão e carinho recebido, e ao professor Anailson, um dos amigos conquistados na referida instituição, que me incentivou a ser monitora, pesquisadora e a entrar no mestrado para poder seguir a carreira acadêmica, seu estímulo foi fundamental.

Aos amigos Andréa, Andreza, Clenilson, Edjane, Fabiana, Keila, Pollyanna, Rafaela, Renata, Ricardo Alexandre, Rochele e Valter, por partilhar de momentos maravilhosos, conhecimentos, estresses, angústias, por me apoiarem sempre e me darem força para superar as dificuldades.

À compreensão e companheirismo recebido do meu noivo, André Lucena de Almeida, por estar ao meu lado em todos os momentos e, por isso, ter sido a pessoa que mais sofreu com meus estresses e aflições. Aproveito para agradecer por seu apoio fundamental na coleta de dados, pois sem sua companhia seria difícil chegar às instituições do interior do estado por desconhecer as estradas.

À minha irmã Edzângela e ao meu irmão Joseeder pela torcida e incentivo para o alcance desse objetivo.

Aos hospitais investigados e seus profissionais pela disponibilização de dados, os quais foram fundamentais para execução dessa pesquisa.

Aos membros da banca examinadora, Prof. Dr. Dionísio e a Profa. Dra. Joanília, pelo tempo dispensado à leitura desta dissertação e pelas contribuições.

A todos meu muito obrigada!!!

Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o melhor fosse feito [...] Não somos quem deveríamos ser; não somos quem iremos ser, mas graças a Deus, não somos o que éramos. (Martin Luther King)

## RESUMO

A medição de desempenho permite avaliar, controlar e melhorar o processo de produção ou a prestação do serviço de uma entidade, o que permite a antecipação de mudanças na direção estratégica. Essa pesquisa consiste em investigar as principais características da medição de desempenho dos hospitais do Rio Grande do Norte. Para tanto, a metodologia adotada constitui-se de um estudo descritivo, realizado em 46 hospitais do estado, selecionados de forma não-probabilística nas cidades de Natal, Mossoró, Parnamirim, São Gonçalo do Amarante, Ceará-Mirim, Macaíba, Caicó, Açu, Currais Novos, São José de Mipibú e Pau dos Ferros. Para a coleta de dados, utiliza-se um formulário objetivo, composto por 32 questões, dispostas em escalas de classificação de categoria simples, múltipla escolha e escala Likert. Após tabulação dos dados realizam-se análise descritiva e testes estatísticos não-paramétricos, Qui-quadrado e teste Exato de Fisher. Os resultados demonstram que a maioria das instituições analisadas estão sendo geridas por profissionais com boa qualificação e com conhecimentos em áreas como administração, ciências contábeis, economia e medicina, possuem missão, fazem algum tipo de planejamento, elaboram orçamentos, divulgam seus planos, estratégias e metas, utilizam relatórios e indicadores para a tomada de decisão, avaliam o desempenho e o comparam com organizações de características similares. Das pressuposições levantadas, três tiveram relação significativa estatisticamente, são elas: dependência da natureza jurídica dos hospitais investigados e a finalidade do orçamento; relação existente entre quantidade de indicadores financeiros utilizados e as áreas de conhecimento do gestor geral e associação entre a natureza jurídica dos hospitais e o número de indicadores financeiros usados. Diante desses resultados, pode-se concluir que grande parte dos hospitais constantes na amostra pesquisada, faz uso, em seu processo de gestão, das principais medidas de desempenho investigadas, possuindo dados para avaliar como estão evoluindo no alcance dos objetivos predeterminados e identificar as áreas a serem melhoradas.

**Palavras-chave:** Medição de desempenho. Indicadores de desempenho. Hospitais.

## ABSTRACT

The measurement performance can assess, monitor and improve the production process or the provision of the service of an entity, which allows the anticipation of changes in a strategic direction. This survey consists of researching principal characteristics of performance measurement used by the hospitals of Rio Grande do Norte. Therefore, the methodology adopted is a descriptive study, conducted in 46 hospitals in the state, selected in a non-probabilistic way from the cities of Natal, Mossoró, Parnamirim, São Gonçalo do Amarante, Ceará-Mirim, Macaíba, Caicó, Açu, Currais Novos, São José de Mipibú and Pau dos Ferros. To collect data, it was necessary to use to be an objective formulary, composed of 32 questions, arranged in scales of classification categories and including simple, multiple choice and the Likert scale. After tabulating the data, descriptive analysis is carried out, along with non-parametric statistical tests, SquareQui.and Fisher's exact test. The results show that the large institutions analyzed are: being managed by professionals with good qualifications and expertise in areas such as administration, accounting sciences, economics and medicine; that they have a mission, make some kind of planning, prepare budgets, disclose their plans, strategies and goals, use reports and indicators for decision-making, and they evaluate and compare the performance of organizations with similar characteristics. Of the conclusions reached, three had a statistically significant relationship, they are: the dependence on the legal nature of the investigated hospitals and the purpose of the budget; the relationship between the amount of financial indicators used in the areas of knowledge of the general management, and the relationship between the legal nature of the hospitals and the number of financial indicators used. Given the results, it was concluded that most of the hospitals in the sample surveyed use data they have from the principal measures of investigated performance, in their process management, to assess how they are evolving in the range of their predetermined goals and to identify areas to be improved.

**Keywords:** Measurement performance. Performance indicators. Hospital.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Pesos das respostas na escala Likert.....	50
Gráfico 1 - Áreas de conhecimento dos gestores hospitalares .....	58
Gráfico 2 - Assessoria profissional .....	60
Gráfico 3 - Relatórios utilizados para análise dos resultados .....	66

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (em R\$ mil).....	15
Tabela 2 – Número de hospitais por municípios do Rio Grande do Norte .....	16
Tabela 3 - Pontuação conforme itens de avaliação para classificação dos hospitais .....	24
Tabela 4 - Número de municípios, população residente, segundo classes de tamanho da população dos municípios do Rio Grande do Norte, 2007 .....	48
Tabela 5 - Cargo dos respondentes na empresa .....	56
Tabela 6 - Tempo de experiência dos respondentes no ramo de atividade .....	57
Tabela 7 - Grau de instrução do gestor geral .....	57
Tabela 8 - Área(s) de conhecimento do gestor geral .....	58
Tabela 9 - Estilo de gestão, quanto às decisões .....	59
Tabela 10 - Quantidade de funcionários que trabalham na empresa.....	59
Tabela 11 - Assessoria profissional existente .....	60
Tabela 12 - Natureza jurídica da entidade .....	61
Tabela 13 - Porte do hospital, segundo classificação do SUS .....	61
Tabela 14 - Missão definida .....	62
Tabela 15 - Níveis de planejamento realizado pela organização .....	63
Tabela 16 - Elaboração do orçamento <i>versus</i> sua finalidade.....	64
Tabela 17 - Divulgação dos planos, estratégias e metas <i>versus</i> periodicidade .....	65
Tabela 18 - Bases para tomadas de decisões .....	65
Tabela 19 - Tipo de relatório utilizado para a análise dos resultados.....	67
Tabela 20 - A organização avalia seu desempenho <i>versus</i> utilização dessa informação para a tomada de decisão .....	68
Tabela 21 - Responsável pela coleta de dados indicadores de desempenho da empresa .....	68
Tabela 22 - Uso do <i>benchmarking</i> e as principais fontes de informação .....	69
Tabela 23 - Indicadores de liquidez utilizados para medir o desempenho organizacional e sua importância na instituição .....	70
Tabela 24 - Indicadores de rentabilidade utilizados para medir o desempenho organizacional e sua importância na instituição .....	70
Tabela 25 - Indicadores de endividamento utilizados para medir o desempenho organizacional e sua importância na instituição .....	71

Tabela 26 - Indicadores não financeiros utilizados para medir o desempenho organizacional e sua importância na instituição .....	72
Tabela 27 - A Relação entre a natureza jurídica das organizações e a base para tomada de decisão .....	74
Tabela 28 - A associação entre o porte do hospital e o uso de indicadores de desempenho na tomada da decisão da empresa.....	75
Tabela 29 - Existe relação entre o grau de instrução dos gestores e os tomadores decisões dentro das organizações pesquisadas.....	75
Tabela 30 - A relação entre o porte dos hospitais e o número de profissionais .....	76
Tabela 31 - Relação entre o porte dos hospitais e a utilização de <i>benchmarking</i> ...	77
Tabela 32 - A relação entre a natureza jurídica das organizações hospitalares e a finalidade do orçamento .....	77
Tabela 33 - A relação entre a área de conhecimento do gestor e a quantidade de indicadores financeiros utilizados.....	78
Tabela 34 - Relação entre a área de conhecimento do gestor e a quantidade de indicadores não financeiros utilizados.....	78
Tabela 35 - A relação entre a natureza jurídica das organizações e a quantidade de indicadores financeiros utilizados.....	79
Tabela 36 - Relação entre a natureza jurídica das organizações e a quantidade de indicadores não financeiros utilizados.....	80

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
1.1 Justificativa e Problemática .....	14
1.2 Objetivos .....	18
1.3 Delimitação do tema .....	20
1.4 Estrutura do trabalho .....	20
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>22</b>
2.1 As Organizações Hospitalares .....	22
2.2 Processo de gestão .....	25
2.2.1 Planejamento .....	25
2.2.2 Execução e Controle .....	29
2.3 Medição de Desempenho .....	30
2.4 Indicadores de desempenho .....	32
2.4.1 Indicadores financeiros .....	34
2.4.2 Indicadores não-financeiros.....	39
2.5 Benchmarking .....	44
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>47</b>
3.1 Classificação da pesquisa e população .....	47
3.2 Amostra.....	48
3.3 Coleta de dados.....	49
3.4 Hipóteses .....	51
3.5 Método estatístico empregado.....	53
3.5.1 Teste Qui-quadrado.....	54
3.5.2 Teste Exato de Fisher .....	54
<b>4 ANÁLISE DE DADOS</b> .....	<b>56</b>
4.1 Análise descritiva dos resultados .....	56
4.1.1 Características dos respondentes e do gestor geral .....	56
4.1.2 Perfil das empresas investigadas.....	59
4.1.3 Características da medição de desempenho dos hospitais.....	62
4.1.4 Análise das hipóteses.....	74
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS</b> .....	<b>82</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>86</b>
<b>APÊNDICE A – OFÍCIO PARA AUTORIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS</b> .....	<b>94</b>

<b>APÊNDICE B – CARTA DE APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE PESQUISA.....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO A – PORTARIA Nº. 2.224/02.....</b>	<b>101</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Justificativa e Problemática

Os grandes avanços no mundo contemporâneo têm proporcionado às empresas novas oportunidades e desafios no desenvolvimento de suas atividades. Porém, para ganhar competitividade nesse cenário, as organizações procuram melhorias no desempenho organizacional, mantendo procedimentos de alta qualidade na elaboração de produtos ou na prestação de serviços, a um baixo custo e em menor tempo de produção para superar as expectativas dos clientes (GHALAYINI; NOBLE; CROWE, 1997; ROLSTADAS, 1998).

Os gestores das entidades, para avaliar seu desempenho em direção às metas, necessitam de medidas que traduzam a consecução dos objetivos a estas relacionados. A medição propicia informações a respeito da execução de um produto, processo, sistema ou grandeza ao longo do tempo, através dos quais é possível entender o funcionamento da empresa, as forças que as dirigem e evidenciar o alinhamento das ações estratégicas com o sistema de gestão. De acordo com Macedo-Soares e Ratton (1999), a prática da medição de desempenho é uma arma para organização do futuro, por monitorar as suas ações.

Os indicadores de desempenho são representações quantificadas da informação, que ajudam no planejamento e controle dos processos gerenciais, sendo utilizados como parâmetros de comparações com as metas preestabelecidas, os quais identificarão se o caminho percorrido para o alcance dos objetivos da companhia está correto.

A literatura contábil tem discutido a crescente ênfase no uso de uma combinação de indicadores de desempenho financeiros com os não-financeiros (ITTNER et al., 1997; KEATING, 1997; SAID et al., 2003; STRIVES, et al., 1998). Essas discussões são justificadas pela necessidade das empresas implementarem estratégias de gestão de longo prazo. Para medi-las é preciso fazer uso de indicadores não financeiros capazes de mensurar os ativos intangíveis - como qualidade do produto, satisfação do consumidor, habilidades, competências e motivação dos empregados, bancos de dados – que não podem ser medidos apenas por indicadores financeiros.

Levantamento realizado na literatura contábil evidencia a carência de pesquisas a respeito da combinação de indicadores de desempenho financeiros e não financeiros utilizados em hospitais, organizações com uma estrutura complexa que necessitam de uma série de medidas para monitorarem o desempenho esperado. Perante esse panorama, surge a necessidade de contribuir para o aperfeiçoamento da ciência, investigando essas instituições, possuidoras de características particulares e específicas que conferem especial complexidade ao seu processo produtivo e a sua gestão.

A Organização Mundial de Saúde, em seu informe técnico número 122 (1957 *apud* CHERUBIN; SANTOS, 1997), define hospital como uma parte integrante do sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva.

A função do hospital é diagnosticar e tratar pessoas doentes no sentido de promover a saúde, conforme Almeida (1983) quando o define como uma instituição destinada ao diagnóstico e tratamento de doentes internos e externos; bem organizada e convenientemente administrada consoante padrões e normas estabelecidas, para atender os ricos, menos afortunados, indigentes e necessitados, recebendo doentes gratuitos ou contribuintes, servindo ao mesmo tempo para prevenir contra a doença e promover a saúde, a prática, a pesquisa e o ensino.

O Rio Grande do Norte, conforme demonstrado na tabela 1, desde o ano 2000 até 2004 é o estado do Nordeste que possui maior despesa com saúde por habitante (BRASIL, 2007).

Tabela 1 - Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (em R\$ mil)

<b>Região Nordeste</b>	<b>Despesa por habitante</b>				
	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
Maranhão	114,43	127,15	155,59	169,49	206,02
Piauí	132,97	159,52	176,12	204,14	259,26
Ceará	157,63	171,54	198,79	219,44	246,31
<b>Rio Grande do Norte</b>	<b>203,34</b>	<b>222,44</b>	<b>254,51</b>	<b>287,29</b>	<b>304,47</b>
Paraíba	150,25	211,47	228,13	229,63	249,38
Pernambuco	166,15	189,43	223,08	235,17	268,66
Alagoas	148,84	170,84	218,51	229,09	262,55
Sergipe	142,17	176,49	216,63	255,31	296,56
Bahia	132,03	155,76	181,24	210,50	244,39

Fonte: Adaptação do Ministério da Saúde (2007).

A rede hospitalar do estado do Rio Grande do Norte é constituída por 176 unidades hospitalares, desses 100 são públicos, 73 privados e 3 universitários (BRASIL, 2003). A distribuição dessa rede por município encontra-se na tabela 2.

Tabela 2 – Número de hospitais por municípios do Rio Grande do Norte

<b>Municípios</b>	<b>Qt.</b>	<b>Municípios</b>	<b>Qt.</b>
Natal	27	Bom Jesus	1
Mossoró	10	Brejinho	1
Caicó	4	Campo Redondo	1
Pau dos Ferros	3	Canguaretama	1
Acari	2	Carnaúba dos Dantas	1
Açu	2	Carnaubais	1
Alexandria	2	Ceará-Mirim	1
Apodi	2	Cerro Corá	1
Areia Branca	2	Coronel Ezequiel	1
Caraúbas	2	Coronel João Pessoa	1
Cruzeta	2	Currais Novos	1
João Câmara	2	Doutor Severiano	1
Luís Gomes	2	Encanto	1
Macau	2	Equador	1
Parelhas	2	Felipe Guerra	1
Parnamirim	2	Florânia	1
Patu	2	Francisco Dantas	1
Santa Cruz	2	Frutuoso Gomes	1
Santana do Matos	2	Galinhos	1
São Gonçalo do Amarante	2	Goianinha	1
São José de Mipibu	2	Governador Dix-Sept Rosado	1
São José do Campestre	2	Grossos	1
São Miguel	2	Itaú	1
Taipu	2	Jaçanã	1
Afonso Bezerra	1	Jandaíra	1
Almino Afonso	1	Janduís	1
Alto do Rodrigues	1	Januário Cicco	1
Angicos	1	Jardim de Piranhas	1
Antônio Martins	1	Jardim do Seridó	1
Augusto Severo	1	José da Penha	1
Baía Formosa	1	Jucurutu	1
Baraúna	1	Lagoa d'Anta	1
Bento Fernandes	1	Lajes	1
Lucrecia	1	Ouro Branco	1
Macaíba	1	Paraná	1
Major Sales	1	Parazinho	1
Marcelino Vieira	1	Passa e Fica	1
Martins	1	Pedra Grande	1
Messias Targino	1	Pedro Avelino	1
Monte Alegre	1	Pedro Velho	1
Monte das Gameleiras	1	Pedro Velho	1
Nova Cruz	1	Pilões	1
Olho-d'Água do Borges	1	Poço Branco	1

Tabela 2 – Número de hospitais por municípios do Rio Grande do Norte

<b>Municípios</b>	<b>Qt.</b>	<b>Municípios</b>	<b>Qt.</b>
Ouro Branco	1	Portalegre	1
Paraná	1	Presidente Juscelino	1
Parazinho	1	Rafael Fernandes	1
Passa e Fica	1	Rafael Godeiro	1
Pedra Grande	1	Riacho da Cruz	1
Pedro Avelino	1	Riacho de Santana	1
Pedro Velho	1	Rodolfo Fernandes	1
Pedro Velho	1	Santo Antônio	1
Pilões	1	São Bento do Norte	1
Poço Branco	1	São Bento do Trairí	1
Portalegre	1	São João do Sabugi	1
Presidente Juscelino	1	São José do Seridó	1
Rafael Fernandes	1	São Miguel do Gostoso	1
Rafael Godeiro	1	São Paulo do Potengi	1
Riacho da Cruz	1	São Pedro	1
Riacho de Santana	1	São Rafael	1
Rodolfo Fernandes	1	São Tomé	1
Santo Antônio	1	São Vicente	1
São Bento do Norte	1	Serra de São Bento	1
São Bento do Trairí	1	Serra do Mel	1
São João do Sabugi	1	Serra Negra do Norte	1
São José do Seridó	1	Severiano Melo	1
São Miguel do Gostoso	1	Sítio Novo	1
São Paulo do Potengi	1	Taboleiro Grande	1
São Pedro	1	Tenente Ananias	1
São Rafael	1	Touros	1
São Tomé	1	Triunfo Potiguar	1
São Vicente	1	Umarizal	1
Nova Cruz	1	Upanema	1
Olho-d'Água do Borges	1	Vila Flor	1
<b>TOTAL</b>			<b>176</b>

Fonte: Brasil (2003)

Conhecer os indicadores de desempenho dos hospitais é importante para que se possa compará-los com outras instituições com as mesmas características, proporcionar um melhor aproveitamento dos recursos, monitorar os avanços em termos de resultados ou de impactos, proporcionar maior responsabilização dos gestores e colaboradores e reduzir a atual assimetria de informação, subsidiando, assim a tomada de decisão pelos diversos agentes.

Diante desse contexto, emerge a seguinte questão: *quais as características da medição de desempenho dos hospitais do estado do Rio Grande do Norte?*

Ao responder este questionamento espera-se estabelecer um perfil dos gestores geral e dos hospitais pesquisados; evidenciar as principais características das medidas de desempenhos utilizadas pelos hospitais, sejam elas financeiras e não financeiras; visualizar se o uso dessas medidas possui relação com a área de conhecimento do gestor geral e natureza jurídica das entidades pesquisadas; se há uma distinção na base para tomada de decisão dependendo da natureza jurídica. Estas informações poderão auxiliar os gestores na elaboração e avaliação das estratégias organizacionais. Desta forma, com esse estudo pretende-se contribuir para o processo de gestão dos hospitais, instituições ainda pouco estudadas, apesar da relevância de suas atividades.

## 1.2 Objetivos

Essa pesquisa tem como objetivo geral investigar as principais características da medição de desempenho dos hospitais localizados no estado Rio Grande do Norte. Para isso, são definidos os seguintes objetivos específicos:

- Investigar o estado da arte da medição de desempenho das organizações;
- Identificar os indicadores de desempenho, à luz da teoria, utilizados pelos hospitais;
- Averiguar o perfil do gestor geral, nas organizações objeto de estudo; e
- Verificar se os gestores dos hospitais estão utilizando em seu processo de gestão os indicadores de desempenho, de acordo com o estado da arte desta área do conhecimento.

Em busca do objetivo geral a pesquisa será orientada pelas seguintes questões:

*Questão 1:* Existe relação entre a natureza jurídica das organizações e a base para tomada de decisão?

Essa questão busca identificar que hospitais, dependendo da natureza jurídica, possuem bases distintas para a tomada de decisão, intuição do gestor ou relatórios e indicadores.

*Questão 2:* Há uma associação entre o porte do hospital e o uso de indicadores de desempenho na tomada da decisão da empresa?

A referida questão surge da idéia de que quanto mais complexo o hospital maior a necessidade de utilização dos indicadores de desempenho para a tomada de decisão. Para testá-la, são empregadas as seguintes variáveis: porte das instituições pesquisadas e uso de indicadores.

*Questão 3:* O grau de instrução do gestor geral e os tomadores de decisões dentro das organizações pesquisadas são variáveis dependentes?

O questionamento pressupõe que quanto mais instruído for o gestor geral mais as decisões são compartilhadas em todos os níveis hierárquicos.

*Questão 4:* Existe uma relação entre o porte dos hospitais e o número de profissionais?

O referido questionamento investiga se existe uma relação entre a complexidade dos hospitais e a quantidade de funcionários necessários para seu funcionamento.

*Questão 5:* A comparação do desempenho do hospital com o de outras instituições de características similares possui associação com sua complexidade?

Aqui averigua a pressuposição de que instituições mais complexas, devido ao custo-benefício, fazem uso do *benchmarking*.

*Questão 6:* A natureza jurídica das organizações hospitalares e a finalidade do orçamento são variáveis dependentes?

A questão visa verificar se dependendo da natureza jurídica dos hospitais o orçamento possui finalidades específicas.

*Questão 7:* As áreas de conhecimento dos gestores geral têm alguma relação com a quantidade de indicadores financeiros e não financeiros utilizados?

Essa questão procura identificar se gestores com conhecimentos em administração, ciências contábeis e economia utilizam uma maior quantidade de indicadores.

*Questão 8:* Existe associação entre a natureza jurídica dos hospitais e o número de indicadores usados, sejam eles financeiros e não financeiros?

A questão surge do pressuposto de que as instituições públicas e privadas sem fins lucrativos têm como objetivo principal a satisfação da sociedade e assim não se focam na situação financeira, enquanto que nas empresas privadas com fins lucrativos onde possui como ênfase o lucro, no sentido econômico.

### **1.3 Delimitação do tema**

Esta pesquisa possui como principal objetivo a identificação e análise das principais características da medição de desempenho adotadas pelos hospitais, no período que compreende os meses de setembro de 2007 a fevereiro de 2008. No entanto, os sistemas de avaliação de desempenho não são objetos de estudo.

As características pesquisadas são: grau de instrução e áreas de conhecimento do gestor; estilo de gestão; porte, natureza jurídica e número de colaboradores dos hospitais; nível de planejamento realizado; finalidade do orçamento; relatório utilizado para análise dos resultados; avaliação do desempenho e o responsável pela coleta dos indicadores; utilização de *benchmarking* e as principais fontes de informação para realizar comparação; assim como os indicadores de desempenho financeiros e não financeiros utilizados por essas instituições.

A pesquisa está limitada aos hospitais localizados nos municípios de Natal, Mossoró, Parnamirim, São Gonçalo do Amarante, Ceará-Mirim, Macaíba, Caicó, Açu, Currais Novos, São José de Mipibú e Pau dos Ferros. Para a identificação das referidas entidades é utilizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

### **1.4 Estrutura do trabalho**

A estrutura desta pesquisa é constituída por cinco capítulos: este primeiro, denominado introdução, fornece uma visão geral a respeito do estudo, para isso

apresenta a justificativa, problemática, objetivos, delimitação do tema e estrutura da dissertação. O segundo apresenta o Referencial teórico, onde é desenvolvido o embasamento do estudo, a partir da revisão da literatura existente. É composto por uma descrição das organizações hospitalares, discussão sobre processo de gestão, medição de desempenho, indicadores de desempenho e *benchmarking*. O terceiro trata da Metodologia que norteará a pesquisa e as hipóteses exploradas. O quarto apresenta os dados tabulados e relata os resultados da pesquisa, onde é realizada a análise dos dados obtidos por meio do formulário aplicado aos hospitais, fazendo uso de testes estatísticos. O quinto, Considerações finais, contém as constatações evidenciadas no estudo, suas limitações e apresenta sugestões para futuros trabalhos.

Também fazem parte deste estudo as referências, onde se encontram relacionadas todas as obras que contribuíram para a realização do estudo e fontes eletrônicas citadas no texto, e o apêndice, composto pelo modelo do formulário utilizado na pesquisa.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo contém uma exposição sistemática de abordagens conceituais necessárias à compreensão da medição de desempenho. Inicialmente, descreve-se as organizações hospitalares; em seguida discute-se sobre o processo de gestão, medição de desempenho e indicadores de desempenho; para, por fim, analisar o conceito e aplicação do *benchmarking*.

### 2.1 As Organizações Hospitalares

No dinâmico cenário econômico, uma das tendências do mundo empresarial é a transição da economia baseada na produção para uma economia baseada nos serviços, na construção de novas formas de organizar o trabalho e nas relações entre pessoas, como é o caso dos hospitais, instituições que prestam uma série de serviços como parte do processo de tratamento controlado pelo médico.

Os hospitais, assim como outras organizações prestadoras de serviços, possuem características como: pouca tolerância a erros; não podem funcionar efetivamente sem uma coordenação interna, motivação, autodisciplina e ajustes informais e voluntários de seus membros; organizações formais e hierarquizadas; além de serviços de atenção e tratamento personalizado a clientes (os pacientes) individuais.

Apesar das diversas características semelhantes, aqueles possuem como peculiaridade serem, na maioria das vezes, procurados por seus clientes em circunstâncias alheias ao seu desejo, sem total conhecimento da intervenção, exame ou quais medicamentos irá consumir, por se encontrarem em condições que os impossibilitem negociar valores e prescrições.

Os hospitais são pessoas jurídicas, cujas naturezas são:

- de direito público, que integram o patrimônio da união, estados, municípios e Distrito Federal e são administrados por gestores indicados pelo governo, com objetivo de atender uma das necessidades básica da coletividade: a saúde;

- de direito privado com fins lucrativos, os quais integram o patrimônio de pessoa física ou jurídica, cuja meta da administração é a maximização da riqueza da empresa, para remunerar os investidores pelo capital aplicado; e
- de direito privado sem fins lucrativos, instituído e mantido por doações e contribuições, cujo papel é a produção do bem coletivo com propósito de interesse público, colaborando de maneira direta com o Estado na área da saúde. Cabe destacar que o termo “sem fins lucrativos”, conforme Araújo (2006), não significa que a entidade não possa obter lucro, mas sim, que nenhuma das partes dos lucros pode ser distribuída em benefício próprio de qualquer pessoa, ou seja, deve aplicar integralmente suas sobras financeiras na manutenção e desenvolvimento dos seus objetivos sociais.

Quanto à classificação dessas instituições, devido à quantidade e diversidade, como: número de leitos disponíveis, existência e complexidade de serviços, perfil assistencial, capacidade de produção de serviços, necessitou estabelecer políticas e planejamento de ações específicas, a serem desenvolvidas, que fossem compatíveis com as características de cada hospital integrante do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002). Portanto, o sistema de classificação hospitalar ordena os seguintes grupos: Hospital de Porte I; de Porte II; de Porte III; e de Porte IV.

Essa classificação agrupa os hospitais com características semelhantes, facilitando a adoção de políticas e planejamento, e reflete fielmente a realidade de cada uma das instituições hospitalares.

Para classificar cada hospital se faz necessário efetuar o somatório de pontos dos itens de avaliação. A pontuação, dos itens de A a G, obtida com base na tabela a seguir será somada, se o hospital conseguir de 1 a 5 pontos será classificado como Porte I, de 6 a 12, como Porte II, de 13 a 19 pontos, Porte III e de 20 a 27 como Porte IV.

Tabela 3 - Pontuação conforme itens de avaliação para classificação dos hospitais

PONTOS POR ITEM	A	B	C	D	E	F	G
	N.º DE LEITOS	LEITOS DE UTI	TIPO DE UTI	ALTA COMPLEXIDADE	URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	GESTÃO DE ALTO RISCO	SALAS CIRÚRGICAS
1 Ponto	20 a 49	01 a 04	-----	1	Pronto Atendimento	-----	Até 02
2 Pontos	50 a 149	05 a 09	Tipo II	2	Serviço de Urgência/ Emergência	Nível I	Entre 03 e 04
3 Pontos	150 a 299	10 a 29	-----	3	Referência Nível I ou II	Nível II	Entre 05 e 06
4 Pontos	300 ou mais	30 ou mais	Tipo III	4 ou mais	Referência Nível III	-----	Acima de 08

Fonte: Brasil (2002)

Independente da sua natureza jurídica ou Porte, essas entidades estão subordinadas a princípios éticos e legais que normatizam o setor saúde e as políticas governamentais.

Desde o surgimento, as organizações hospitalares têm se tornado cada vez mais complexas para se adaptar às novas funções e aos avanços tecnológicos, exigindo profissionais comprometidos com a obtenção dos objetivos finais do serviço e qualificados para a sua administração.

Colauto e Beuren (2003) ressaltam que o sucesso da referida administração reside em um melhor aproveitamento racional dos recursos estruturais, humanos e de clientes, requerendo para tal intento, que cada estratégia operacional seja direcionada no sentido da consecução dos objetivos institucionais.

Nesse sentido, os administradores têm que ser capazes de superar os fatores limitantes ao desenvolvimento do seu trabalho, através do desenvolvimento de conhecimentos e habilidades com mecanismos gerenciais, que permitam controlar a utilização dos recursos disponíveis com o máximo de eficiência e eficácia.

Conforme Silva et al. (2006), gerir um hospital é extremamente difícil, pois quando a sua administração é realizada por profissionais sem devidas especializações, ocasiona conflitos no processo decisório orçamentário e financeiro, por existir bloqueios nos sistemas e canais de informação fundamentais para boa gestão hospitalar.

Os conflitos enfrentados pelo gestor sem conhecimento teórico e prático são ocasionados pela autonomia dada aos médicos e enfermeiros que, na fragilidade

daqueles, utiliza-se de sua formação para interferir na esfera administrativa, ocasionando desentendimentos, os quais podem prejudicar o funcionamento institucional.

De acordo com Cecílio (1999), na experiência brasileira de gestão das Santas Casas são freqüentes os casos onde o poder dos médicos determina toda a lógica da administração do hospital, assim a administração se encontra estruturalmente dominada pelo modelo da racionalidade médica.

Quando o cenário hospitalar é caracterizado como público, a situação torna-se mais difícil, visto que há uma grande ausência de compromisso efetivo, em virtude de a administração deixar várias lacunas nas questões relacionadas aos direitos constitucionais e a vida cotidiana brasileira (SILVA et al., 2006).

Dentre as evidências da inadequação cabe destacar o mau-atendimento, as filas, a superlotação das emergências, a escassez de recursos nas unidades de saúde, a falta de leitos hospitalares e a demora para a marcação de exames.

Independente de sua natureza jurídica e localização, os hospitais, para permanecerem firmes no mercado, necessitam de transformações nos estilos de gestão organizacional, sendo indispensável o uso de ferramentas administrativas e financeiras. Dentre elas, cabe destacar a medição de desempenho que é um instrumento capaz de mensurar os seus resultados não facilmente medidos ou padronizados das instituições hospitalares, por envolver aspectos subjetivos, além de ser o tema desta pesquisa.

## **2.2 Processo de gestão**

O processo de gestão é um eficaz procedimento de controle, que tem por objetivo assegurar a eficácia empresarial (CATELLI *et al.*, 2001). Para que ele se concretize são necessárias as seguintes fases: planejamento, execução e controle.

### *2.2.1 Planejamento*

O planejamento é utilizado para prever surpresas desagradáveis e prevenir contra os danos que possam prejudicar o resultado esperado. Assim, segundo Raupp, Martins e Beuren (2006, p.121):

O ato de planejar é a primeira das etapas do processo de gestão, sendo ele responsável pela designação da trajetória a ser seguida por toda a organização e pela enumeração das atividades e recursos necessários ao atendimento da missão empresarial.

Para Martins (2001), é a tarefa básica do processo administrativo que prepara o hospital para seus objetivos, consistindo na elaboração de orçamentos expressos em dados físicos e financeiros, tais como: volume de procedimentos médicos, materiais e medicamentos (expressos em valores monetários de custos); despesas e receitas; além do estabelecimento do objetivo financeiro principal da administração do hospital, que é o de manter o equilíbrio entre custos, despesas e receitas para que sobreviva no sistema de economia de mercado.

Nesse processo, se determinam os objetivos e metas organizacionais, além da forma de como realizá-los. Dissertando sobre as estratégias e metas de longo e curto prazo, Kaplan e Norton (1997) afirmam que ao compartilhá-los com os funcionários, as empresas promovem a participação e o comprometimento destes no alcance dos objetivos traçados pela direção.

O planejamento divide-se em três níveis: estratégico, tático e operacional. Para alcançá-los, dentro da máxima eficiência, é indispensável que a empresa obtenha consonância entre os recursos físicos e financeiros, para se ter uma definição precisa dos recursos necessários, compatíveis com os prazos e custos.

Uma das etapas do planejamento é a elaboração do orçamento, com objetivo de orientar os gestores quanto aos objetivos e metas a serem executados, na maioria das vezes, em um período de doze meses.

Os planos da administração em termos específicos e quantitativos são formalmente expressos em orçamentos, elaborados anualmente para apoiar a coordenação e implementação daqueles (GARRISON; NOREEN, 2001; PEREZ JÚNIOR; PESTANA; FRANCO, 1995).

O estabelecimento do orçamento é um processo dinâmico que aglutina objetivos, planos, decisões e avaliação de desempenho (MAHER, 2001), atuando

como ferramenta de controle, onde estabelece um padrão de desempenho com o qual é possível avaliar os eventos reais, oferecendo uma estrutura para se coordenar as diversas atividades de uma organização.

A avaliação de desempenho é realizada pela análise das variações orçamentárias, obtidas através de comparações entre os resultados reais e os orçados, que serão analisadas para determinação das causas das diferenças existentes (REIS; NEVES JÚNIOR; MORGAN, 2005).

Os hospitais públicos elaboram o orçamento, como um ato preventivo e autorizativo das receitas e despesas que devem executar durante um exercício. Segundo Brasil (1964), o orçamento anual da seguridade social (saúde, assistência e previdência social), está sujeito à aprovação por meio de lei.

Pelo princípio da Legalidade, diretriz básica da conduta dos agentes da administração pública, toda e qualquer atividade administrativa pública deve ser autorizada por lei, por essa razão é necessário o orçamento para que as receitas sejam arrecadadas e as despesas realizadas.

O orçamento possui como funções o auxílio à administração no planejamento e controle; a realização de projeções de receitas, despesas e resultados; serve de base para estabelecer padrões e avaliar o desempenho financeiro; limita a distribuição de recursos para as diversas áreas; além da formulação e disseminação das metas definidas no planejamento estratégico.

#### a) Planejamento estratégico

O planejamento estratégico consiste em medidas que permite estabelecer a direção a ser seguida pela entidade para aproveitar as oportunidades, enfrentar ameaças e reduzir riscos. Possui como objetivos: obter uma otimização na relação entre a empresa e seu ambiente; atuar de forma inovadora e diferenciada; além de formular metas para a seleção de ação e para sua execução, levando em conta as condições internas e externas à empresa e sua evolução esperada.

O referido planejamento envolve toda a organização, mas está sob responsabilidade dos diretores. De tempos em tempos, a empresa deve analisar o

desempenho real com o planejado, para avaliar-se e adaptar-se às contínuas mudanças nas variáveis do ambiente no qual está inserida.

Mais que um documento estático, o planejamento estratégico deve ser visto como um instrumento dinâmico de gestão, que contém decisões antecipadas sobre a linha de atuação a ser seguida pela organização no cumprimento de sua missão (ALDAY, 2000).

Catelli *et al.* (2001) relata que a premissa desse planejamento é assegurar o cumprimento da missão da organização, que, segundo Certo e Peter (1993), expressa a razão de ser da instituição, a qual orienta as ações, cujos objetivos são: tornar explícitos os principais alvos que a organização tenta atingir; evitar desperdícios e conflitos; perseguir propósitos consistentes; estabelecer regras gerais para aquisição, uso e distribuição dos recursos; estabelecer áreas amplas de responsabilidade; servir como ponto de partida para determinação de objetivos mais específicos.

A utilização apenas do planejamento estratégico é insuficiente, uma vez que o estabelecimento de objetivos a longo prazo, bem como seu alcance precisam de ações mais imediatas que o operacionalizem. Sendo assim, faz-se necessário o desenvolvimento e implantação dos planejamentos táticos e operacionais de forma integrada.

#### b) Planejamento tático e operacional

Para Oliveira (2000), o planejamento tático desenvolve-se nos níveis organizacionais inferiores, com objetivo de otimizar uma determinada área de resultados e não a empresa como um todo. Possui como principal finalidade a utilização eficiente dos recursos disponíveis para a consecução dos objetivos previamente fixados, segundo uma estratégia também predeterminada, bem como as políticas orientadoras do processo decisório da empresa.

O planejamento tático analisa as decisões estratégicas e delinea planos concretos a serem aplicados nos próximos meses em nível departamental, abrangendo recursos específicos. Está sob responsabilidade do gestor de cada área, que pode ser auxiliado pelo gestor do planejamento estratégico.

O referido planejamento é desdobrado pelo planejamento operacional em ações do cotidiano, no qual devem conter os recursos necessários para o seu desenvolvimento e implantação, metas, programas, procedimentos, métodos e normas, com objetivo de garantir a eficácia, com a decisão privilegiando as alternativas que otimizem o resultado econômico das atividades.

### *2.2.2 Execução e Controle*

A execução, conforme Mosimann e Fisch (1999), é a fase onde as coisas acontecem, devendo estar em conformidade com o planejado. Nessa etapa são armazenados dados referentes ao desempenho realizado para elaboração de relatórios, os quais possibilitarão comparação com planos e padrões na fase de controle. Já para Catelli et al. (2001), é a fase onde os recursos são consumidos e os produtos elaborados.

Martins (2001), corroborando com os já citados autores, complementa: após estabelecidos os objetivos e preparados os respectivos planos de trabalho inicia-se essa tarefa. Primeiramente, implantam-se as unidades organizacionais produtivas e auxiliares, em que o hospital desenvolverá suas atividades, com ênfase no planejamento e controle da produção médica, nas vendas dos serviços e na delegação de autoridade e responsabilidade. Essas unidades são descritas no organograma do hospital, instrumento essencial para concretização das responsabilidades e análises dos custos e despesas hospitalares.

Na execução, o planejamento é posto em prática, as atividades projetadas são concretizadas e os recursos consumidos, porém a implantação dessas ações pode exigir mudanças no planejamento e a identificação de alternativas auxiliares.

Após esta fase, ocorre aquela denominada de controle, que visa assegurar que as atividades se realizem conforme planejado, provendo correções para problemas existentes na fase de execução e planejamento. Contribuindo, assim, para a manutenção e melhoria da posição competitiva e a consecução das estratégias, planos, programas e operações.

Os responsáveis pela condução do processo decisório devem estar atentos a esses três ciclos do processo de gestão: planejamento, execução e controle. Estes

representam papel importante no contexto empresarial e poderão decidir o destino da empresa no ambiente externo organizacional (BARBOSA, 2003). Em suma, o processo de gestão determina o sucesso da organização. A fase que deve deter maior tempo do gestor é o planejamento, seguida do controle.

### **2.3 Medição de Desempenho**

A eficiência do hospital requer o monitoramento sistemático das operações, o qual permite acompanhar a evolução ao longo do tempo em busca de suas metas. Através da medição de desempenho é possível realizar a monitoração, uma vez que os indicadores fornecem séries temporais de dados.

As estratégias de negócios para serem eficazes necessitam de um suporte tático em sua execução, para isso os gestores devem analisar como o desempenho organizacional será medido, para verificar se o que está sendo feito resulta em melhorias ou não.

A medição de desempenho das instituições é necessária à gestão empresarial, sendo compreendida como a técnica usada para quantificar a eficiência e a eficácia das atividades de negócio (NEELY; GREGORY; PLATTS, 1995; O'MARA et al., 1998).

A busca por eficiência não se preocupa com os fins, mas apenas com os meios. Ela está inserida nas operações, voltando-se para os aspectos internos da organização e relaciona-se com a melhor utilização dos recursos disponíveis.

A eficácia, no entanto, se preocupa com os fins, ou seja, em atingir os objetivos, focalizando os aspectos externos da organização (CASTRO, 2006). Desta forma, eficácia está voltada para a capacidade de conseguir os resultados almejados.

Nem sempre estes dois conceitos estão relacionados, uma vez que uma entidade pode ser eficiente e não atingir seus objetivos, ou ainda pode alcançar suas metas e ser ineficiente. Em outras palavras, uma empresa pode ter como objetivo prestar determinadas quantidades de serviços em um período e os presta, sendo assim eficaz, porém os recursos necessários para prestação de tal serviço poderiam

ser melhor utilizados, também a tornando eficiente, o que não obrigatoriamente acontece.

A medição de desempenho serve de base para a organização avaliar como está progredindo no alcance dos objetivos predeterminados, além de identificar as áreas fortes e fracas na empresa, indicando assim os setores nos quais o desempenho precisa ser melhorado (PURBEY; MUKHERJEE; BHAR, 2007).

Essa efetiva ferramenta permite avaliar, controlar e melhorar o processo ou a prestação do serviço. Assim, com dados sobre o desenvolvimento da entidade, é possível antecipar mudanças na direção estratégica.

As organizações, as quais não implantam a contínua medição de desempenho e sua realimentação, tendem a experimentar redução nas melhorias esperadas, tendo em vista a necessidade de informações oportunas e fidedignas sobre fatos para que o administrador possa tomar decisões. Apesar dessa verdade inquestionável, há uma tendência em confiar na intuição e opiniões sem qualquer apoio de fatos reais (PURBEY; MUKHERJEE; BHAR, 2007).

A medição de desempenho proporciona aos gestores hospitalares evidências sobre práticas existentes, valores, convicções e suposições, os habilitando para o desenvolvimento dos meios sistemáticos de identificar oscilações no planejamento e prevê melhoras no desempenho futuro.

Até início dos anos oitenta, a medição de desempenho enfatizada pelas organizações era realizada predominantemente por indicadores financeiros (GHALAYINI, NOBLE, 1996).

Porém, as alterações no mercado mundial, com o crescimento da concorrência e a busca dos clientes por empresas cujos produtos e/ou serviços possuíam alta qualidade e maior variedade, ocasionou alterações nas prioridades competitivas das entidades.

Diversos autores (KAPLAN, NORTON, 1992; 2001; NEELY; GREGORY; PLATTS, 1995; ITTNER et al., 1997; KEATING, 1997; O'MARA, et al., 1998; SAID et al., 2003), ao longo do tempo, foram observando em seus estudos as limitações daquelas medidas como ferramentas para a tomada de decisão estratégica diante do novo cenário, dada a incapacidade de medir adequadamente o desempenho, por deixar de fora indicadores como habilidades e treinamentos dos colaboradores, satisfação dos clientes e qualidade do produto ou serviço prestado, além dos resultados financeiros, às vezes, estarem defasados para serem úteis. Por isso,

afirmam que deve existir um balanceamento no uso de indicadores financeiros e não financeiros de forma a suportarem a estratégia global da empresa previamente estabelecida.

De acordo com White (1996) e Miranda e Silva (2002), nas diversas empresas, a medição de desempenho exige conjunto de indicadores e relatórios que serão utilizados para avaliar o desempenho sob aspectos específicos. Antes de iniciar a medição é preciso responder as seguintes questões: Por que medir? O que medir? Como medir?

A resposta do primeiro questionamento explica as razões que levaram as organizações investirem na medição de desempenho. Ao responder a segunda questão se identificam os principais fatores a serem medidos, enquanto que a terceira seleciona conjunto de indicadores que irão efetuar a medição de desempenho, sendo essa última fundamental, pois um erro na escolha dos indicadores pode causar conseqüências indesejáveis e negligenciar aspectos importantes para a organização.

Uma medição de desempenho realizada através da combinação dos indicadores financeiros e não financeiros permitem o melhor conhecimento dos objetivos estratégicos, da comunicação, das alocações de recursos, além de estabelecer prioridades baseadas nos já citados objetivos.

Assim, essa medição propicia o monitoramento das várias atividades da empresa, influencia nas decisões e no comportamento organizacional. O seu principal objetivo é a condução da empresa à melhoria de suas atividades, através do controle, melhoria da qualidade e o desempenho de seus produtos e processos ao longo do tempo.

## **2.4 Indicadores de desempenho**

A informação, para ser bem utilizada pela empresa, necessita ser traduzida em uma linguagem de uso comum e adequada para a análise e tomada de decisão. Assim surge o indicador, que é o agente tradutor da informação, democratizando o acesso às informações por todos os interessados, de maneira única e universal (FERNANDES, 2004).

Complementando o relato de Fernandes sobre os indicadores, Saraceno e Levav (1992 *apud* JUND; JACQUES, 2006) descrevem: são variáveis que medem quantitativamente as variações no comportamento dos critérios de qualidade anteriormente estabelecidos. Por descrever uma realidade, deve ter as características de uma medida válida em termos estatísticos, como exatidão (possibilidades mínimas de erro), confiabilidade (mesmas medidas podem ser obtidas por diferentes pesquisadores, frente a um mesmo evento), simplicidade (registros e medidas sem dificuldades), pertinência (estar correlacionada ao fenômeno ou critério que está sendo examinado), validade (medir efetivamente o fenômeno ou critério) e sensibilidade (detectar as variações no comportamento do fenômeno que examina).

Dessa forma, os indicadores são números necessários à medição de desempenho os quais quantificam as informações, auxiliando no entendimento da situação da empresa, fornecendo subsídios para que gestores identifiquem onde devem focar a atenção, além de efetuarem projeções, estabelecerem relações de causa e efeito que poderiam não ficar evidentes. Eles podem ser expressos por meio de um evento, taxa ou razão e são a base para o planejamento, análise crítica do desempenho e melhoria das operações.

Para serem úteis à gestão, os indicadores devem estar normalizados e sua série temporal carece da fixação da norma ou forma de medida, para permitir a comparabilidade, com a visualização das tendências no tempo e nos dados da própria organização, da concorrência e com os referenciais de excelência. A análise desses indicadores proporciona conclusões relevantes para a tomada de decisões nos vários níveis da organização.

Os indicadores para serem implantados em uma empresa necessitam adequar-se aos seus objetivos, metas e missão, assim permitem mensurar diferentes tipos de atividade e alcançar diversos objetivos. O estabelecimento de indicadores é uma atividade complexa face às características próprias de cada empresa. Portanto, ao desenvolvê-los deve-se sempre buscar o comprometimento do gestor e observar se são úteis para a administração e público externo.

Os contadores gerenciais, devem estar informados da evolução dos fatores estratégicos básicos da organização para colaborar com os gerentes operacionais na descoberta de indicadores, além de coletar e informar, periodicamente, alguns dos valores desses indicadores.

A escolha de quais indicadores são mais adequados à companhia é feita a partir da identificação das necessidades estratégicas, no momento apropriado do ciclo de vida em que se encontra a empresa (MIYABARA, FRANKLIN, GARDESANI 2004). Para Kaplan e Norton (1997), o ciclo de vida pode ser dividido em três fases: crescimento - onde os investimentos são elevados, sustentação - período no qual se espera o retorno do capital investido - e colheita, fase da maximização do fluxo de capital.

A diversidade existente de indicadores dificulta a escolha daqueles que retratam fidedignamente a realidade da empresa. Nota-se, como já foi dito em tópico anterior, uma tendência para a utilização conjunta de indicadores financeiros e não-financeiros. Cabe nesse momento um maior aprofundamento desses indicadores.

#### *2.4.1 Indicadores financeiros*

Os indicadores financeiros demonstram se a implantação e a execução da estratégia estão contribuindo para a melhoria do resultado. Para Marion (2002) e Moers (2000), esses indicadores contemplam três pontos fundamentais: liquidez, rentabilidade e endividamento. Os dados utilizados para sua análise são extraídos do balanço patrimonial e demonstração do resultado do exercício da empresa.

Segundo Galas e Ponte (2004), nas organizações governamentais e nas sem fins lucrativos, cujo o objetivo é o cumprimento de suas missões, esses indicadores são pouco utilizados, uma vez que essas entidades não tem como foco a situação financeira e sim a satisfação da sociedade.

Galas e Ponte relatam apenas uma restrição quanto ao uso dos referidos indicadores, ao passo que Ghalayini e Noble (1996) afirmam possuírem muitas limitações que os fazem menos aplicáveis no mercado competitivo de hoje, pois utilizam métricas antiquadas ao ambiente, não são relacionados a estratégia implantada, são inflexível, possuem alto custo e contradiz com melhoria contínua.

Entretanto, eles são adequados quando a concorrência internacional não é significativa e a velocidade da mudança ou introdução de produtos é lenta. A esses fatores poderiam ser adicionados demanda certa para a oferta proposta, a não

existência de fortes concorrentes nacionais e a exigência da implementação de novas tecnologias na atividade operacional.

A ênfase na utilização dos indicadores financeiros não deixa de ser justificável, pois, em última análise, são eles que orientam os investimentos e decisões estratégicas, sendo então o principal parâmetro de julgamento do desempenho empresarial por parte dos *stakeholders* (KAPLAN e NORTON, 1997).

Através dos indicadores financeiros é possível verificar se a estratégia de uma empresa, sua implementação e execução estão contribuindo para a melhoria dos resultados financeiros, além de ajudar a antecipar condições futuras e servir de base para o planejamento de novas medidas a serem implantadas. Dentre eles cabe destacar:

#### a) Liquidez

Para Matarazzo (2003), o referido indicador procura medir a solidez das bases financeiras da empresa. Gitmam (2001) confirma a afirmação de Matarazzo ao descrever que a liquidez diz respeito à solvência da situação financeira global da empresa.

Esse indicador demonstra a base da situação financeira da empresa, obtidos a partir da relação dos ativos com as exigibilidades. O ativo pode ser negociado e se converter em caixa a um preço de mercado, para assim efetuar os devidos pagamentos das exigibilidades no vencimento. Entre os mais utilizados, têm-se:

- **Liquidez Geral (LG)** revela quanto existe de direitos e bens no ativo circulante (AC) e realizável a longo prazo (ARLP) para cada um real de dívida total (ASSAF NETO, 2002, 2005; MATARAZZO, 2003; SCHVIRK; GIASSON, 2006; SILVA; FERREIRA, 2006). A LG é usada como medida de segurança financeira da empresa a longo prazo, informando sua capacidade de saldar todos os compromissos. Ela é expressa como a seguir:

$$LG = \frac{AC + ARLP}{PC + PELP}$$

Onde:

PC = Passivo circulante; e

PELP = Passivo exigível a longo prazo

- **Liquidez Corrente (LC)** mostra o quanto existe de ativo circulante para honrar com as obrigações de curto prazo (ASSAF NETO, 2002, 2005; BRIGHAM; GAPENSKI; EHRHARDT, 2001; GARTNER, 2005; GITMAN, 2001; MATARAZZO, 2003; SCHVIRK; GIASSON, 2006; SILVA; FERREIRA, 2006). Para calculá-lo, divide-se o ativo circulante (AC) pelo passivo circulante (PC):

$$LC = \frac{AC}{PC}$$

- **Liquidez Seca (LS)** reflete a capacidade de pagamento de curto prazo da entidade utilizando as contas do disponível e valores a receber (ASSAF NETO, 2002, 2005; BRIGHAM; GAPENSKI; EHRHARDT, 2001; GITMAN, 2001; MATARAZZO, 2003; SILVA; FERREIRA, 2006). Em outras palavras, exclui-se do ativo circulante o estoque e as despesas antecipadas por não possuírem tanta liquidez como os demais subgrupos. Seu cálculo é feito da seguinte forma:

$$LS = \frac{AC - \text{Estoques} - \text{Despesas Antecipadas}}{PC}$$

#### b) Rentabilidade ou lucratividade

Esse indicador evidencia os rendimentos dos investimentos, com relação ao nível de vendas, ativos ou capital próprio.

Brigham, Gapenski e Ehrhardt (2001) dissertam que a lucratividade é o resultado de um número de políticas e decisões, onde seus indicadores mostram o efeito combinado da liquidez, gerenciamento de ativos e a dívida sobre o resultado.

A margem líquida, rentabilidade sobre o patrimônio líquido e retorno sobre o investimento são os indicadores de rentabilidade básicos apontados pela literatura estudada.

- **Margem Líquida (ML)** é um indicador que mensura quanto a empresa obtém de lucro para cada real obtido pela prestação do serviço, medindo a eficiência global da empresa (ASSAF NETO, 2002; BRIGHAM; GAPENSKI; EHRHARDT, 2001; CARVALHO, 2007; GARTNER, 2005; GITMAN, 2001; MATARAZZO, 2003; SCHVIRK; GIASSON, 2006; SILVA; FERREIRA, 2006). Calcula-se dividindo o lucro líquido (LL) pela receita líquida de vendas (RLV):

$$ML = \frac{LL}{RLV}$$

- **Rentabilidade sobre o patrimônio líquido (RPL)** representa a taxa de retorno auferida pelos proprietários da organização sobre seus investimentos (ASSAF NETO, 2002; BRIGHAM; GAPENSKI; EHRHARDT, 2001; CARVALHO, 2007; GARTNER, 2005; GITMAN, 2001; SANTANA, 2005; SCHVIRK; GIASSON, 2006; SILVA; FERREIRA, 2006). Quanto maior esse indicador melhor para os proprietários. O cálculo é obtido pela relação entre o lucro líquido (LL) e patrimônio líquido (PL):

$$RPL = \frac{LL}{PL}$$

- **Retorno operacional sobre o investimento (ROI)** ou retorno sobre os ativos totais (ROA) mede a eficiência da empresa em gerar lucro com os ativos disponíveis (ASSAF NETO, 2002, 2005; BRIGHAM; GAPENSKI; EHRHARDT, 2001; GARTNER, 2005; GITMAN, 2001; MATARAZZO, 2003; SANTANA, 2005; SILVA; SCHVIRK; GIASSON, 2006; FERREIRA, 2006).

Freqüentemente o ROI é inferior ao RPL, devido a taxa de juros do mercado ser menor do que capital próprio. Seu valor é obtido ao dividir lucro líquido (LL) pelo ativo total (AT):

$$ROI \text{ ou } ROA = \frac{LL}{AT}$$

### c) Endividamento

Essa categoria indica a composição das fontes passivas de recursos e evidenciam o grau de comprometimento financeiro de uma empresa em relação a seus credores juntamente com sua capacidade de cumprir os compromissos financeiros assumidos a longo prazo e a proporção de capital aplicado no imobilizado (GITMAN, 2001; MATARAZZO, 2003; SCHVIRK; GIASSON, 2006; SILVA; FERREIRA, 2006).

A relação do capital de terceiros/próprio, a relação do capital de terceiros/passivo total, a imobilização de recursos permanentes, segundo Assaf Neto (2005) são os principais indicadores do endividamento.

- **Índice de participação de capital de terceiros ou relação do capital de terceiros/próprio** demonstra o percentual do capital de terceiros em relação ao capital próprio (GITMAN, 2001; MATARAZZO, 2003; SCHVIRK; GIASSON, 2006). É determinado dividindo o exigível total pelo patrimônio líquido (PL):

$$\text{Índice de participação de capital de terceiro} = \frac{\text{Exigível total}}{\text{PL}}$$

- **Relação do capital de terceiros/passivo total ou índice de endividamento total** evidencia a proporção do capital de terceiros dentro dos recursos totais disponíveis para organização ou a porcentagem de ativos financiados pelos credores da empresa (CARVALHO, 2007; GARTNER, 2005; GITMAN, 2001; MATARAZZO, 2003; SCHVIRK; GIASSON, 2006). O cálculo é obtido através da divisão do exigível total pelo passivo mais patrimônio líquido (ou ativo total):

$$\text{Índice de endividamento total} = \frac{\text{Exigível total}}{\text{Exigível total} + \text{PL}} = \frac{\text{Exigível total}}{\text{Ativo total}}$$

- **Imobilização do patrimônio líquido** indica o percentual do patrimônio líquido aplicado no ativo imobilizado, conseqüentemente é possível se determinar a outra proporção do capital de giro próprio (MATARAZZO, 2003; SCHVIRK; GIASSON, 2006). É calculado dividindo-se o ativo imobilizado pelo patrimônio líquido (PL):

$$\text{Imobilização do patrimônio líquido} = \frac{\text{Ativo imobilizado}}{\text{PL}}$$

Os indicadores de liquidez, rentabilidade e endividamento trazem números que demonstram a situação da empresa em determinado momento, os quais permitem analisar o desempenho da empresa. Para complementar seu estudo, o administrador pode compará-los a uma série temporal e/ou setorial.

Segundo Ghalayini e Noble (1996), os indicadores financeiros tentam quantificar o desempenho e as melhorias em termos financeiros. No entanto, parte das melhorias dificilmente é quantificada em termos monetários, como redução de tempo, a satisfação do cliente e a qualidade do produto. Além disso, os relatórios financeiros são incompreensíveis para os operadores, levando-os a frustração e insatisfação, fazendo com que esses profissionais ignorem esses relatórios.

Diante dessa afirmação, cabe lembrar ainda que os relatórios financeiros são inflexíveis, com um formato predeterminado e é utilizado por todos os departamentos. Porém, cada departamento possui características e prioridades próprias. Assim, indicadores utilizados por um departamento podem não ser relevantes para outros.

#### *2.4.2 Indicadores não-financeiros*

Nas empresas onde alguns ativos intangíveis não são contabilizados, em que há rápidas mudanças na tecnologia, redução dos ciclos de vida dos produtos e inovações nas prestações de serviços, apenas os indicadores financeiros não refletem o atual desempenho da empresa, apesar da sua utilização ser necessária para orientar investimentos e decisões estratégicas.

Ao serem utilizados juntamente com os indicadores não financeiros, permitem que os administradores entendam as relações entre os diversos objetivos estratégicos, abrangendo as dimensões do cliente, do intangível, do aprendizado e crescimento, variáveis necessárias para as tomadas de decisões e para vantagem competitiva.

Atualmente, as empresas passaram a acreditar que os resultados financeiros positivos decorrem da bem-sucedida implantação dos fatores-críticos de sucesso medidos através de indicadores não financeiros, resultando assim em resultados financeiros superiores (SHANK; GOVINDARAJAN, 1997). Essa afirmação enfatiza a necessidade da implantação de ambos, haja vista apenas indicadores financeiros não suprirem as necessidades organizacionais.

Para cada indicador utilizado deve ser nomeado um responsável para coleta de dados, realização de comparação com os resultados desejados e acompanhamento da tendência dos resultados em relação às metas e objetivos da organização (SANTOS; MEDEIROS, 2006).

Quanto à periodicidade, os indicadores não financeiros podem ser elaborados diariamente, proporcionando aos gerentes, supervisores e funcionários informações tempestivas para tomada de decisão (GHALAYINI; NOBLE, 1996).

Por sua vez, os financeiros não são obtidos com essa agilidade, tendo em vista a necessidade, inicialmente, da elaboração do balanço patrimonial e demonstração do resultado do exercício, que normalmente demoram um mês para serem finalizados. Conforme Ghalayini e Noble (1996), esses indicadores refletem decisões passadas, por isso, os resultados dos relatórios financeiros são considerados pelos operadores, supervisores, gerentes operacionais como resultado demasiadamente velho para ser útil para a avaliação do desempenho operacional.

Pesquisadores e profissionais têm sido unânimes em relatar a complexidade envolvida na tarefa de selecionar os indicadores de desempenho institucional mais adequados para apoiar a gestão dos hospitais e a necessidade de serem estudadas as características e os fatores determinantes do uso destes instrumentos pelos administradores (ESCRIVÃO JÚNIOR, 2007)

Em toda literatura pesquisada não foi encontrado um consenso a respeito de quais os melhores indicadores não financeiros para se avaliar hospitais, fato esse justificado, conforme Escrivão Júnior (2007), pela dificuldade encontrada por profissionais e pesquisadores.

Goldstein e Ward (2004) afirmam ser difícil avaliar o desempenho hospitalar devido ao desafio de encontrar indicador adequado para esta organização. Em seu estudo, na busca por indicadores que reflitam os efeitos das operações, relatam que a taxa de ocupação e a proporção média da capacidade de camas utilizadas são

medidas específicas para essas instituições, cujo uso é freqüente nas pesquisas sobre saúde.

No Brasil tem sido sugerida a avaliação dos profissionais e dos hospitais com base nos indicadores mais facilmente obteníveis. Dentre os indicadores não financeiros utilizados pelos hospitais tem-se: satisfação do cliente, qualidade dos serviços prestados, cirurgias por sala, proporções de cirurgias suspensas, taxa de mortalidade, percentual de cesáreas (AZEVEDO, 1991).

Além da taxa de mortalidade e do percentual de cesáreas citados acima, Jung e Jacques (2006) dissertam que os indicadores mais conhecidos para avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada em hospitais são, principalmente, tempo de permanência, taxa de readmissão imediata, taxa de infecção hospitalar e complicações cirúrgicas.

Bittar (1996) em sua pesquisa optou pelo uso da taxa de ocupação, taxa de infecção hospitalar e média de permanência. Já Zucchi, Bittar e Haddad (1998), média de permanência, índice de renovação ou giro de rotatividade (relação entre o número de pacientes que saíram do hospital durante determinado período e o número de leitos postos à disposição, no mesmo período) e relação funcionários por leito (número total de funcionários constantes da folha de pagamento dos hospitais em relação à soma do número de leitos existentes).

Marinho (2001), em seu estudo sobre o desempenho de 45 hospitais universitários federais brasileiros, no qual objetiva aprofundar a descrição das características da prestação de serviços pelos hospitais conveniados ao SUS, utiliza três indicadores: a taxa de ocupação de leitos, o tempo médio de permanência e a taxa de rotatividade dos leitos.

A Taxa de Ocupação mensura a porcentagem total dos leitos hospitalares que está ocupada por pacientes em um determinado período de tempo, em um dado hospital.

$$\text{Taxa de Ocupação} = \frac{\text{Número de dias de internação em período de tempo}}{\text{Número de leitos disponíveis nesse período de tempo}}$$

O Tempo Médio de Permanência demonstra o número médio de dias que os pacientes ficam internados em um hospital.

$$\text{Prazo Médio de Permanência} = \frac{\text{Número de dias de internação}}{\text{Número de pacientes}}$$

A Taxa de Rotatividade evidencia o número médio de internações por leito em um determinado período de tempo. Representa a utilização do leito hospitalar durante o período considerado.

$$\text{Taxa de Rotatividade} = \frac{\text{Número de internações}}{\text{Número de leitos disponíveis}}$$

Enquanto que Costa e Lopes (2007), cuja pesquisa tem como objetivo definir e operacionalizar um modelo de avaliação do desempenho hospitalar baseado na qualidade dos serviços prestados, utilizam para esse fim três indicadores hospitalares: mortalidade, complicações e readmissões.

- Mortalidade mensura a relação entre a taxa de mortalidade observada e a taxa de mortalidade esperada. Esse indicador infere na qualidade dos serviços prestados uma vez que disponibiliza informações sobre as mortes evitáveis em cada hospital, resultado esse mais indesejável para os consumidores.

$$\text{Mortalidade} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de Óbitos Observados} - \text{N}^\circ \text{ de Óbitos Esperados}}{\text{Desvio Padrão dos Óbitos Observados}}$$

- Complicações refletem a relação entre o número de complicações observadas e o número de complicações esperadas. Embora algumas não sejam evitáveis, correspondem a um resultado não intencional ou indesejável do processo de prestação de cuidados.

$$\text{Complicações} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de Complicações Observadas} - \text{N}^\circ \text{ de Complicações Esperadas}}{\text{Desvio Padrão das Complicações Observadas}}$$

- Readmissões são mensuradas pela relação entre o número de readmissões observadas e o número de readmissões esperadas. Quando doentes receberam cuidados com boa qualidade suas patologias estão devidamente estabilizadas antes da alta, caso contrário, têm uma probabilidade maior de desenvolverem complicações após a alta e, conseqüentemente, de serem readmitidos.

$$\text{Readmissões} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de Readmissões Observadas} - \text{N}^\circ \text{ de Readmissões Esperadas}}{\text{Desvio Padrão das Readmissões Observadas}}$$

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1983) também disserta sobre indicadores não financeiros utilizados pelos hospitais, dentre eles:

- Taxa de cesáreas (TCe): representa a relação percentual entre o número de cesáreas, ocorridas durante determinado período, no hospital, e o número de partos no mesmo período, cuja fórmula para o cálculo é:

$$\text{TCe} = \frac{\text{N}^\circ. \text{ de cesáreas em determinado período} \times 100}{\text{N}^\circ. \text{ de partos no mesmo período}}$$

- Taxa de infecção hospitalar (TIHo) evidencia a relação percentual entre o número de infecções adquiridas pelo paciente, durante sua permanência no hospital, em determinado período, e o número de pacientes saídos (altas e óbitos) no mesmo período. Seu cálculo é obtido da seguinte forma:

$$\text{TIHo} = \frac{\text{N}^\circ. \text{ de infecções atribuíveis ao hospital em determinado período} \times 100}{\text{N}^\circ. \text{ de saídas no mesmo período}}$$

- Taxa de mortalidade hospitalar (TMH) medida através da relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes internados durante um determinado período e o número de pacientes saídos (altas e óbitos), no mesmo período. A fórmula usada para o cálculo é:

$$\text{TMH} = \frac{\text{N}^\circ. \text{ de óbitos em determinado período} \times 100}{\text{N}^\circ. \text{ de saídas no mesmo período}}$$

Outros indicadores foram evidenciados nas referências pesquisadas, são eles:

- Valor (ou percentual) de Glosa, que segundo Rodrigues, Perroca, Jericó (2004), significa o valor do cancelamento ou recusa, parcial ou total, do orçamento, conta, verba por serem considerados ilegais ou indevidos.
- Qualidade da prestação do serviço determina a sobrevivência do hospital, observada pelos usuários, muitas vezes, passa despercebida pelos funcionários e a outras pessoas cujas necessidades são divergentes daqueles. Há várias

formas de avaliá-las, podendo ser utilizados diversos instrumentos e métodos como observações, questionários, urnas de sugestões, telefonemas, entrevistas (KOTAKA; PACHECO; HIGAKI, 1997).

- Satisfação dos pacientes (clientes) é uma variável causal que promove a procura de pessoas por atendimento médico e um resultado baseado em experiências anteriores (KUMAR, 2002; LEMME; NORONHA; RESENDE, 1991). Lemme, Noronha, Resende (1991) consideram dois aspectos como necessários para avaliação da satisfação: a satisfação com o sistema de saúde em geral, a qual motivará a procura de uma unidade, e a satisfação com o processo do atendimento ou só com o resultado, que leva à continuidade do tratamento.
- Evolução na retenção de pacientes (clientes) ou evolução do número de pacientes é vista por Milan e Ribeiro (2003) como um importante componente para que a empresa visualize a consolidação de sua participação no mercado, a qual é direcionada pela satisfação do cliente.

Após exposição dos diversos indicadores não financeiros observados na literatura estudada, verifica-se, que na maioria das vezes, cada autor apresenta os seus, os quais podem ser associados às diferentes fases do processo de gestão do conhecimento ou ao resultado do mesmo.

## **2.5 Benchmarking**

A análise de indicadores deve contemplar comparação, como já foi relatado anteriormente, com outras empresas do mesmo setor ou com os dados médios do segmento, técnica essa denominada de *benchmarking*, a qual permite os gestores visualizar sua situação em relação aos seus maiores competidores. Nela os gerentes identificam uma atividade e/ou operação que necessita ser melhorada e podem implantar processos utilizados em organizações mais eficientes.

Na atual conjuntura, tem se intensificado a utilização de indicadores e informações para comparar as organizações de saúde, buscando levá-las a níveis de superioridade e vantagem competitiva, por meio de referências de processos, práticas ou medidas de desempenho (GRIFFITH; KING, 2000 *apud* ESCRIVÃO JÚNIOR, 2007)

Para Kay (2007), o *benchmarking* é um processo de comparação das características de desempenho, com objetivo de permitir que cada participante melhore seu desempenho no mercado local, através de inovações nos processos ou nos produtos.

Esse contínuo processo é realizado através da identificação, compreensão e adaptação das práticas das organizações de referência do setor, entre departamentos de uma mesma empresa ou entre instituições do mesmo grupo, conduzindo então a um desempenho superior, uma melhor prestação do serviço aos clientes e utilização mais eficiente dos recursos.

Dentre as formas de obtenção das informações para se efetuar o *benchmarking* destacam-se: visitas a empresas líderes de alguma atividade; pesquisa em publicações especializadas; propagandas; entrevistas e contatos com clientes, profissionais e consultores; informativos técnicos e comerciais; teste de laboratório; estudos de comparação; parcerias com compartilhamento de informações (TAKASHINA; FLORES, 2005).

O *benchmarking* pode ser dividido, segundo Kay (2007) em duas categorias de avaliação:

- *Benchmarking* interno, o qual abrange duas formas de comunicação e partilha de opiniões entre departamentos dentro da mesma organização ou entre organizações que operam como parte de uma cadeia em diferentes países. O processo de *benchmarking* deve iniciar internamente, para que a empresa primeiramente se conheça e crie uma base para comparação com as outras.
- *Benchmarking* externo que requer uma comparação do trabalho com outras organizações, no intuito de descobrir novas idéias, métodos, produtos e serviços, proporcionando oportunidades de aprendizagem das melhores práticas e experiências. Essa comparação pode ser realizada: por meio apenas dos concorrentes diretos (mais difícil de conseguir colaboração e cooperação); através das melhores empresas mundiais; e ainda através de comparações com empresas do mesmo setor.

As melhores práticas das empresas *benchmark* (organizações utilizadas para comparação), na análise comparativa, não devem ser seguidas por todas as organizações que trabalham em áreas específicas de promoção da saúde, uma vez que uma situação pode funcionar bem em um ambiente, mas não necessariamente

em outro. Os programas de avaliação e as medidas de desempenho fornecem a base de dados para a avaliação comparativa, a qual identifica como os resultados podem ser melhorados (KIRKPATRICK, 2001).

Apesar das empresas *benchmarks* serem instrumentos eficazes, outros fatores devem ser usados para avaliação e melhoria do desempenho, como a localização, porte, número de leitos, tipo de equipamento, tipo de especialidade, manutenção e práticas. No *benchmarking*, através da junção de todos esses fatores é possível recomendar métodos, abordagens e ações para atingir os objetivos.

De acordo com Kirkpatrick (2001), o processo *benchmarking* pode ser facilitado pela seguinte seqüência de passos:

- 1º Identifica-se o que precisa ser avaliado;
- 2º Determina-se as medidas e indicadores de desempenho, através de uma revisão na literatura, bem como coleta-se e analisa-se os dados internos;
- 3º Seleciona-se os parceiros a serem comparados;
- 4º Acessa-se os dados dos parceiros a serem comparados;
- 5º Cria-se e implementa-se um plano de ação para aplicar as melhores práticas identificadas; e
- 6º Monitora-se resultados e ajusta-se às *benchmarks*.

O processo *benchmarking* pode ser de difícil implantação, porém é útil e pode ser integrado à rotina da organização, levando-a a um ambiente de melhoria contínua e maiores desempenhos.

Como pôde ser observado, a ferramenta *benchmarking* pode ser utilizada pelos hospitais para demonstrar sua eficácia, bem como identificar as formas de melhorias. Através dessa avaliação, subsidiada pela percepção de usuários, existe a possibilidade de seus gerentes repensarem sobre o atendimento prestado e, assim, satisfazer as expectativas daqueles.

### **3 METODOLOGIA**

Nesse capítulo, são descritas todas as etapas da pesquisa, como população, a seleção da amostra, composição e aplicação do instrumento de coleta de dados (formulário), assim como a descrição do tratamento estatístico dos resultados obtidos.

#### **3.1 Classificação da pesquisa e população**

Para classificação da pesquisa utiliza-se as taxionomias, propostas por Vergara (2004), quanto aos fins e quanto aos meios.

Quanto aos fins, considerando a natureza do problema, esse estudo é do tipo descritivo, por ter como objetivo expor e estudar as características de uma determinada população, além de estabelecer correlações entre variáveis. Nessa pesquisa são investigadas as principais características da medição de desempenho das entidades hospitalares.

Quanto aos meios, para atingir os objetivos propostos, e conseqüentemente obter resposta para o problema, realiza-se, inicialmente, uma pesquisa bibliográfica, no intuito de fornecer um instrumental analítico para conduzir a pesquisadora no tema proposto e à produção, reprodução e comunicação das informações coletadas. Para isso, foi necessária a realização de uma revisão da literatura nacional, lusitana e norte-americana para identificar o estado da arte desta área do conhecimento.

Depois de constituído o arcabouço teórico, o passo seguinte, foi à realização da pesquisa empírica por meio do estudo de campo, cuja população limita-se aos hospitais localizados no Rio Grande do Norte, sejam eles públicos ou privados, com fins lucrativos ou sem fins lucrativos, por ser esse estado o que possui maior despesa com saúde por habitante na região nordeste. A população objeto de estudo é composta por 176 instituições (BRASIL, 2003).

### 3.2 Amostra

Em algumas análises é muito caro ou fisicamente impossível obter toda a população, nesse caso, é necessário à constituição de uma amostra. Cooper e Schindler (2003) afirmam que há várias razões para amostragem, como custo mais baixo, maior acuidade dos resultados, coleta de dados mais rápida e disponibilidade dos elementos da população.

Sendo assim, nessa pesquisa optou-se pela seleção de uma amostra, devido à limitação orçamentária, disposição da população e à necessidade de agilizar a coleta de dados, porém mantendo a preocupação com sua representatividade.

A técnica utilizada para seleção da amostra é não probabilística intencional, que, segundo Marconi e Lakatos (2002), utiliza-se quando o pesquisador está interessado na opinião de determinados elementos da população, no entanto, seus resultados não podem ser extrapolados à população, sendo assim, a sua validade está dentro de um contexto específico.

Dessa forma, foram selecionados os municípios com mais de 50.000 habitantes, conforme as classes de tamanho da população dos municípios do IBGE (2000), juntamente com a cidade de Pau dos Ferros, por ser a única abaixo dessa faixa que possui 3 hospitais. Esta seleção resultou numa amostra representativa de hospitais que atendem mais de 51% da população de habitantes do estado Rio Grande do Norte, conforme demonstra a tabela 4.

Tabela 4 - Número de municípios e população residente, segundo classes de tamanho da população dos municípios do Rio Grande do Norte, 2007

<b>Classes de tamanho da população dos municípios (habitantes)</b>	<b>Número de municípios</b>	<b>Total de População residente</b>	<b>%</b>
Até 5 000	52	180.989	6%
De 5 001 até 10 000	52	368.698	12%
De 10 001 até 20 000	37	461.884	15%
De 20 001 até 50 000	18	502.730	17%
De 50 001 até 100 000	5	318.068	11%
De 100 001 até 500 000	2	407.141	14%
Mais de 500 000	1	774.230	26%
<b>TOTAL</b>	<b>167</b>	<b>3.013.740</b>	<b>100%</b>

Fonte: Adaptação IBGE (2007)

Os 9 municípios (Natal, Mossoró, Parnamirim, São Gonçalo do Amarante, Ceará-Mirim, Macaíba, Caicó, Açu, Currais Novos, São José de Mipibú e Pau dos Ferros) selecionados possuem juntos 52 hospitais, segundo Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (2007), destes, 3 participaram do pré-teste e 46 responderam à versão final do formulário, sendo assim, esse último total representa o tamanho da amostra utilizada.

A escolha desses hospitais dá-se devido à inferência de que estando localizados em grandes municípios, seu gerenciamento seria mais complexo, necessitando de profissionais qualificados para a sua administração os quais utilizariam medidas de desempenho para esse processo. Dessa forma, os dados obtidos nessas instituições respondem ao problema desta pesquisa.

### **3.3 Coleta de dados**

Segundo Vergara (2004), para se obter dados, em uma pesquisa de campo, pode-se utilizar como meios a observação, o questionário, o formulário e a entrevista.

Nessa pesquisa, a coleta de dados é realizada por meio de formulário, elaborado à luz da pesquisa bibliográfica, realizada em livros, artigos e dissertações. O referido instrumento idealiza-se de forma a permitir que os respondentes possam expressar seu conhecimento sobre as medidas de desempenho hospitalar, informar dados pessoais e sobre a organização.

Para facilitar o processamento e análise de dados, além de tornar mais fácil o trabalho dos respondentes optou-se por um formulário objetivo, constituído por questões dispostas em escalas de classificação: de categoria simples (sim e não), de múltipla escolha (resposta única e múltipla) e escala Likert (COOPER; SCHINDLER, 2003).

A escala Likert apresenta cinco pontos, onde os respondentes devem optar por apenas um. As alternativas de respostas pontuam a afirmação correspondente, expressando atitudes favoráveis ou desfavoráveis em relação ao objeto de interesse.

Afirmações positivas		Afirmações negativas	
Pesos	Alternativas	Pesos	Alternativas
5	Muito importante	1	Muito importante
4	Importante	2	Importante
3	Nulo	3	Nulo
2	Pouco importante	4	Pouco importante
1	Não é importante	5	Não é importante

Quadro 1 - Pesos das respostas na escala Likert

Fonte: Adaptação Marconi e Lakatos (2002)

O formulário divide-se em dois blocos:

- O primeiro, destinado a levantar dados a respeito do respondente, do gestor geral - como função e tempo de experiência do respondente; grau de instrução, áreas de conhecimento e estilo de gestão do gestor geral - e da organização – como quantidade de funcionários, tipos de assessoria profissional, natureza jurídica e porte, segundo classificação do SUS, conforme portaria 2.224 de setembro de 2002.
- O segundo bloco visa identificar se os hospitais possuem sua missão declarada; os níveis de planejamento realizado; se elabora orçamento e as finalidades destes; quais os envolvidos na divulgação dos planos, estratégias e metas e sua periodicidade; quais os relatórios utilizados para análise do resultado e periodicidade; se avaliam o desempenho; quais os responsáveis pela coleta dos indicadores de desempenho; se utiliza o *benchmarking*; e identifica os principais indicadores de desempenho utilizados pelas entidades e o grau de importância dado à informação.

Elaborado o formulário, realizou-se o pré-teste, no mês de setembro de 2007, em três instituições hospitalares para testar o instrumento de coleta de dados antes da utilização definitiva.

De acordo com Marconi e Lakatos (2002), o pré-teste evidencia possíveis falhas existentes, como: inconsistência das questões; ambigüidades; linguagem inacessível; perguntas supérfluas ou mal formuladas; se as questões obedecem a uma ordem e se são muito numerosas; se o questionário é fidedigno e válido.

Através do pré-teste se observou que a linguagem utilizada em algumas questões dificultava o entendimento, os questionamentos estavam numerosos, o tempo de aplicação foi adequado e a informações contidas no questionário eram satisfatórias para o alcance do objetivo geral da pesquisa. Através dessas

constatações foi possível promover as mudanças necessárias, reformulando, adicionando e excluindo algumas questões.

A versão final do formulário (Apêndice C) está constituída por 32 questões, porém destas, 7 são utilizadas no caso do respondente desconhecer a questão 10, sendo assim apenas servem para a resposta de tal questionamento. Sua aplicação aconteceu no período entre os meses de outubro de 2007 e fevereiro de 2008.

Na primeira semana de outubro, a pesquisadora entrou em contato com 15 instituições da capital do estado por telefone, explicando os objetivos da pesquisa e por quem deveriam ser respondidos os questionários. Em seguida, foi enviado por fax o ofício para autorização da pesquisa e o instrumento de coleta de dados. Ao término da segunda semana, apenas uma instituição retornou autorizando a coleta.

Como a técnica não apresentou bons resultados, a pesquisadora foi *in loco* entregar todos os ofícios para autorização da coleta de dados. Em alguns hospitais, logo na primeira visita o formulário era respondido, em outros necessitou esperar autorização, que era confirmada por telefone e, depois disto, agendada a visita da autora para aplicação do instrumento.

O formulário foi respondido por contadores, proprietários, administrados, diretores, supervisores e sócios diretores, pessoas detentoras de conhecimento sobre as medidas de desempenho dos hospitais. Para obtenção de resposta mais reais, o anonimato do participante e de sua instituição foram mantidos. O tempo médio para obtenção de todas as respostas foi de 15 minutos.

### 3.4 Hipóteses

Em uma pesquisa, segundo Cooper e Schindler (2003), a hipótese orienta a direção do estudo; identifica fatos relevantes e não-relevantes; e fornece uma estrutura para organizar os resultados.

Sendo assim, nesse estudo serão testadas as seguintes hipóteses para que possam ser respondidas as questões de pesquisa e assim alcançar o objetivo geral:

- **H<sub>0</sub>:** As variáveis, natureza jurídica das organizações e a base para tomada de decisão, são independentes na amostra em estudo.

- **H<sub>1</sub>**: As variáveis, natureza jurídica das organizações e a base para tomada de decisão, são dependentes na amostra em estudo.
- **H<sub>0</sub>**: Não existe associação entre o porte do hospital e o uso de indicadores de desempenho na tomada da decisão da empresa.  
**H<sub>1</sub>**: Existe associação entre o porte do hospital e o uso de indicadores de desempenho na tomada da decisão da empresa.
- **H<sub>0</sub>**: O grau de instrução dos gestores e os tomadores de decisões dentro das organizações pesquisadas são variáveis independentes.  
**H<sub>1</sub>**: O grau de instrução dos gestores e os tomadores de decisões dentro das organizações pesquisadas são variáveis dependentes.
- **H<sub>0</sub>**: Não existe associação entre o porte dos hospitais e o número de profissionais.  
**H<sub>1</sub>**: Existe associação entre o porte dos hospitais e o número de profissionais.
- **H<sub>0</sub>**: A utilização de *benchmarking* independe do porte dos hospitais.
- **H<sub>1</sub>**: A utilização de *benchmarking* depende do porte dos hospitais.
- **H<sub>0</sub>**: Não existe relação entre a natureza jurídica das organizações hospitalares e a finalidade do orçamento.  
**H<sub>1</sub>**: Existe relação entre a natureza jurídica das organizações hospitalares e a finalidade do orçamento.
- **H<sub>0</sub>**: A área de conhecimento do gestor e a quantidade de indicadores financeiros utilizados são variáveis independentes.
- **H<sub>1</sub>**: A área de conhecimento do gestor e a quantidade de indicadores financeiros utilizados são variáveis dependentes.
- **H<sub>0</sub>**: Não existe associação entre a área de conhecimento do gestor e a quantidade de indicadores não financeiros utilizados.

**H<sub>1</sub>**: Existe associação entre a área de conhecimento do gestor e a quantidade de indicadores não financeiros utilizados.

- **H<sub>0</sub>**: Não existe relação entre a natureza jurídica das organizações e a quantidade de indicadores não financeiros utilizados.

**H<sub>1</sub>**: Existe relação entre a natureza jurídica das organizações e a quantidade de indicadores não financeiros utilizados.

- **H<sub>0</sub>**: Não existe associação entre a natureza jurídica das organizações e a quantidade de indicadores financeiros utilizados.

**H<sub>1</sub>**: Existe associação entre a natureza jurídica das organizações e a quantidade de indicadores financeiros utilizados.

Das hipóteses dispostas acima, **H<sub>1</sub>** é a hipótese a ser testada ou alternativa e **H<sub>0</sub>** é a hipótese nula.

### 3.5 Método estatístico empregado

Após tabulação dos dados coletados no Software Excel versão 2003, foi realizada a análise descritiva baseadas em medidas de posição, de tendência central, comparação de frequência e medidas de dispersão, por meio de tabelas e gráficos.

Algumas variáveis foram cruzadas para verificar se existe associação entre elas e assim verificar a aceitação ou não das hipóteses descritas no tópico anterior. Para os cruzamentos foi utilizado o *Software Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 13.0 para Windows.

As hipóteses construídas para responder as questões desta pesquisa foram testadas através do teste Qui-quadrado e do teste Exato de Fisher. Este substituiu aquele em situações nas quais as frequências esperadas nas classes de observações foram inferiores a 5 em mais de 20% das caselas.

Para cada questionamento foi levantada uma hipótese nula e uma hipótese alternativa. Os testes utilizados mostram evidencia de qual a hipótese deve ser aceita com nível de significância de 5%.

### 3.5.1 Teste Qui-quadrado

O teste Qui-quadrado, simbolizado por  $\chi^2$ , é um teste de hipótese que se destina a encontrar um valor da dispersão para duas variáveis nominais, avaliando a associação existente entre elas. É um teste não paramétrico, ou seja, não depende dos parâmetros populacionais, como média e variância (COOPER; SCHINDLER, 2003).

Segundo Barbetta (2001), esse teste é um dos mais utilizados na pesquisa social, permitindo testar a significância da associação entre duas variáveis qualitativas.

Ao testar o não relacionamento das variáveis - hipótese zero ( $H_0$ ), deve-se rejeitá-la se o valor obtido exceder o valor crítico de  $\chi^2$  a certo nível de significância, que esta pesquisa é de 5% (VIRGILLITO, 2006).

Sendo assim, a tomada de decisão é feita através do nível descritivo fornecido pelo software, seguindo o seguinte critério:

$$\begin{cases} p\text{-valor} \leq 0,05; \text{rejeita-se } H_0 \\ p\text{-valor} > 0,05; \text{não se rejeita } H_0 \end{cases}$$

O princípio básico deste método é comparar as possíveis divergências entre as freqüências observadas e esperadas para o evento. Assim, pode-se dizer que dois grupos se comportam de forma semelhante se as diferenças entre as freqüências observadas e as esperadas em cada categoria forem muito pequenas (próximas à zero). Portanto, o teste é utilizado para verificar se a freqüência com que um determinado acontecimento observado em uma amostra se desvia significativamente ou não da freqüência com a qual é esperado.

### 3.5.2 Teste Exato de Fisher

O teste de Fisher é uma técnica não-paramétrica útil para analisar dados discretos, quando o tamanho da amostra é pequeno e os escores são representados por freqüência em uma tabela de contingência 2 x 2 (SIEGEL, 1975).

Esse teste permite calcular a probabilidade de associação das características em análise, ou seja, a probabilidade de tais características serem independentes. Deve-se executá-lo em amostras pequenas.

Caso o valor encontrado da probabilidade de dependência ( $p$ ) seja menor que 5%, a hipótese das características serem independentes ( $H_0$ ) é rejeitada, isto é, os desvios são significativos e a associação entre as variáveis estudadas não se deve ao acaso. Situação oposta a essa comprova que as variáveis em estudo são independentes, deve a hipótese nula ser aceita.

## 4 ANÁLISE DE DADOS

Neste capítulo são evidenciados e analisados os resultados desse estudo. Inicialmente é realizada a análise descritiva dos dados obtidos com a aplicação do formulário e em seguida efetua-se a análise das hipóteses, formuladas no capítulo anterior, através do teste de Fisher e Qui-quadrado.

### 4.1 Análise descritiva dos resultados

Este tópico apresenta uma descrição dos dados obtidos através do formulário de pesquisa durante a coleta de dados. Para uma melhor evidenciação dos resultados, o referido instrumento subdivide-se em: caracterização do respondente e do gestor geral; da empresa; e da medição de desempenho.

#### 4.1.1 Características dos respondentes e do gestor geral

Quanto à função desempenhada pelo respondente, através dos resultados obtidos com aplicação do formulário de pesquisa, observa-se que há uma predominância de Gerente/Administrador, 60,87%, seguido por diretores, 28,26%, conforme demonstra a tabela 5. O resultado apresentado pressupõe a confiabilidade dos dados, haja vista serem respondidos por profissionais detentores dos conhecimentos necessários para responder o referido instrumento, satisfazendo assim o objetivo do estudo.

Tabela 5 - Cargo dos respondentes na empresa

<b>Cargo/Função</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Gerente/administrador	28	60,87
Sócio Gerente	1	2,17
Contador	2	4,35
Supervisor	2	4,35
Diretor	13	28,26
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

Por meio da tabela 6 é possível observar que o tempo médio de experiência é de 8,67 anos. Por esse dado é possível afirmar que os respondentes possuem conhecimento do hospital suficiente para fornecer respostas fidedignas. Nota-se que 50% dos respondentes têm 6,50 anos de experiência, o tempo de experiência máximo é de 30 anos e o mínimo de 1 ano.

Tabela 6 - Tempo de experiência dos respondentes no ramo de atividade

<b>Medidas de posição e dispersão</b>	<b>Resultados</b>
Média	8,67
Mediana	6,50
Desvio padrão	7,49
Mínimo	1,00
Máximo	30,00

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

Em relação ao grau de instrução do gestor geral da amostra pesquisada, observa-se a boa qualificação desse profissional, a qual pode refletir em uma melhor gestão hospitalar. Dos gestores, 50% possuem pós-graduação completa, seguido de 41,30% com ensino superior completo e apenas 4,35% com ensino médio completo, esse último resultado é proveniente de uma única cidade do interior onde a pesquisadora percebe por meio de comentários do respondente e resposta da questão 4 que os conhecimentos políticos são determinantes para ocupação de tal função.

Tabela 7 - Grau de instrução do gestor geral

<b>Grau de instrução</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Pós-graduação Completa	23	50,00
Pós-graduação Incompleta	2	4,35
Ensino Superior Completo	19	41,30
Ensino Médio Completo	2	4,35
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

Do total da amostra pesquisada, 20 gestores gerais têm conhecimento na área de medicina, 27 em administração, 6 em economia, 3 em ciências contábeis e

13 em outras áreas, como enfermagem, serviço social, biologia, odontologia, direito e nenhuma. Os gestores que não possuem nenhuma área de conhecimento são dos referidos hospitais comentados acima, onde apesar de não terem conhecimento para a função, as ocupam por influência política.

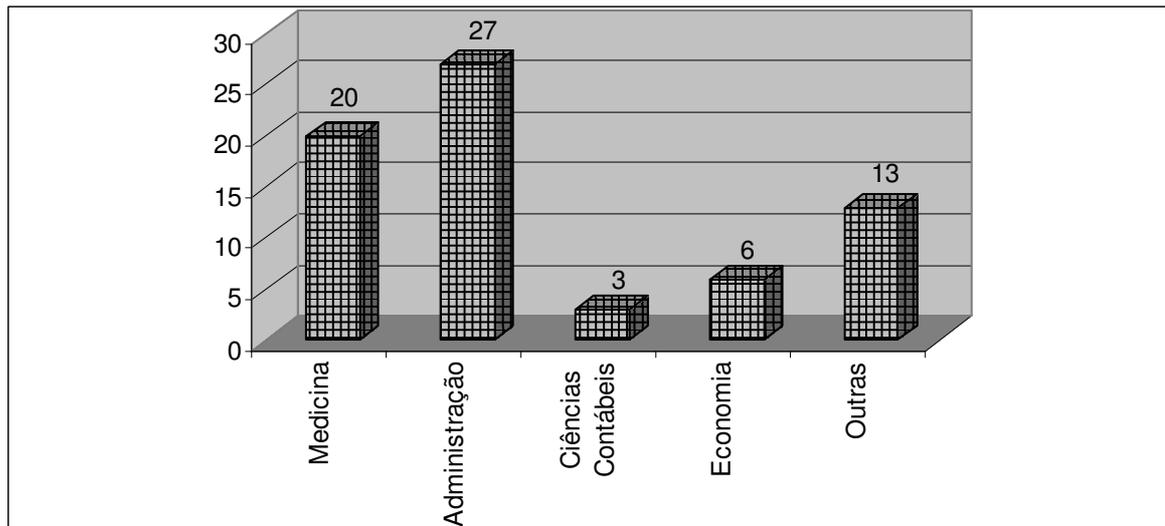


Gráfico 1 - Áreas de conhecimento dos gestores hospitalares  
Fonte: Pesquisa de campo (2008)

A tabela abaixo apresenta o total da freqüência e percentual do gestor geral por áreas de conhecimentos.

Tabela 8 - Área(s) de conhecimento do gestor geral

Área(s) de conhecimento	Freqüência	%
Medicina	9	19,57
Medicina/Administração	9	19,57
Medicina/Administração/Economia	2	4,35
Administração	8	17,39
Administração/Ciências contábeis/Outras	2	4,35
Administração/Economia	1	2,17
Administração/Ciências contábeis	1	2,17
Administração/Outras	4	8,70
Economia	3	6,52
Outras	7	15,22
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

Por meio da tabela 8, nota-se que do total de 27 gestores com conhecimento em administração (58,70% da amostra), 9 também possuem conhecimento em medicina, 2 em medicina e economia, 2 em ciências contábeis e outras, 4 juntamente com outras áreas. Sendo assim, pode-se perceber que esses profissionais possuem, em 41,30% da amostra, mais de uma área de conhecimento.

Esse resultado confirma o exposto no referencial teórico: por serem organizações complexas, os hospitais necessitam de profissionais qualificados para a sua administração.

Tabela 9 - Estilo de gestão, quanto às decisões

<b>As decisões são:</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Concentradas no gestor geral	5	10,87
Concentradas em diversos gestores ou chefias	28	60,87
Compartilhadas entre todos	13	28,26
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

Conforme tabela 9, identificou-se que a maioria dos gestores (60,87%), em seu estilo de gestão, concentra as decisões nos diversos gestores ou chefias. Dos respondentes, 10,87% declararam estar concentradas no gestor geral, entre os diversos gestores ou chefias e 28,26% dos gestores são compartilhadas entre todos.

#### *4.1.2 Perfil das empresas investigadas*

Este sub-tópico demonstra as características dos 46 hospitais pesquisados no estado do Rio Grande do Norte, como quantidade de funcionários, tipo de assessorias profissionais, natureza jurídica e porte.

Quanto à quantidade de funcionários, nas organizações pesquisadas, a maioria, 26,09%, detém de 201 a 300, seguidas pelas que possuem no máximo 100 colaboradores, 19,57%. Aquelas nas quais dispõem entre 401 a 500 representam 17,39%, enquanto que 15,22% detêm entre 101 a 200 e esse mesmo percentual de empresas pesquisadas têm acima de 500 funcionários.

Tabela 10 - Quantidade de funcionários que trabalham na empresa

Quantidade	Freqüência	%
Até 100	9	19,57
101 a 200	7	15,22
201 a 300	12	26,09
301 a 400	3	6,52
401 a 500	8	17,39
acima de 500	7	15,22
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

De acordo com o gráfico 2, dos 46 hospitais pesquisados, 41 utilizam assessoria jurídica, 38 contábil, 21 engenharia e 10 outras assessorias, como administrativa, serviço social, marketing, vigilância sanitária, financeira, médica e informática.

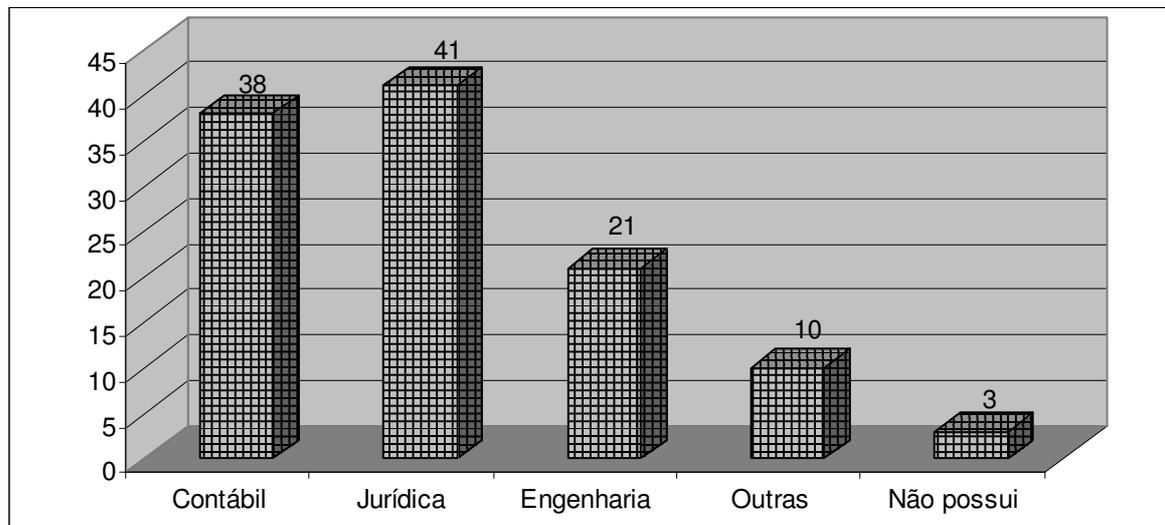


Gráfico 2 - Assessoria profissional

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

A Tabela 11 complementa o gráfico acima, sendo possível observar que 32,61% dos hospitais possuem assessoria contábil e jurídica, 28,26% assessoria contábil, engenharia e jurídica, 13,04% assessoria contábil, engenharia, jurídica e outras. Nota-se também que 6,52% dos hospitais não possuem nenhum tipo de assessoria.

Tabela 11 - Assessoria profissional existente

<b>Assessorias Profissionais</b>	<b>Freqüência</b>	<b>%</b>
Contábil	1	2,17
Contábil/Jurídica	15	32,61
Contábil/Engenharia/Jurídica	13	28,26
Contábil/Jurídica/Outras	3	6,52
Contábil/Engenharia/Jurídica/Outras	6	13,04
Jurídica	3	6,52
Engenharia/Outras	1	2,17
Engenharia/Jurídica	1	2,17
Não possui	3	6,52
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

De acordo com a tabela 12, nota-se que 50% das entidades são públicas, 32,61% são de natureza privada com fins lucrativos e 17,39% de natureza privada sem fins lucrativos.

Tabela 12 - Natureza jurídica da entidade

<b>Natureza Jurídica</b>	<b>Freqüência</b>	<b>%</b>
Pública	23	50,00
Privada sem fins lucrativos	8	17,39
Privada com fins lucrativos	15	32,61
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

A tabela 13 apresenta o porte dos hospitais pesquisados, conforme definidos no item 2.1. Observa-se que mais de 70% estão entre os Portes II e III, mais precisamente, 39,13% são de Porte III e 36,96% de Porte II. Dos demais 17,39% são de Porte I e apenas 6,52% de Porte IV.

Tabela 13 - Porte do hospital, segundo classificação do SUS

<b>Classificação</b>	<b>Freqüência</b>	<b>%</b>
Porte I	8	17,39
Porte II	17	36,96
Porte III	18	39,13
Porte IV	3	6,52
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

Como relatado no referencial teórico, a classificação utilizada nesse estudo está disposta na portaria 2.224, de setembro de 2002, do Sistema Único de Saúde (SUS), onde os hospitais são agrupados segundo sua complexidade em Portes, sendo o I menos complexo e o IV mais complexo.

#### 4.1.3 Características da medição de desempenho dos hospitais

Nesta subdivisão são descritas as características da medição de desempenho dos hospitais objetos de estudo, dentre elas: definição da missão; os níveis de planejamento; elaboração do orçamento e a suas finalidades; participantes da divulgação dos planos, estratégias e metas; relatórios utilizados para análise do resultado; se avaliam o desempenho; os responsáveis pela coleta dos indicadores de desempenho; utilização do *benchmarking*; e os principais indicadores de desempenho utilizados pelas entidades.

A tabela 14 apresenta o número de instituições declarantes da missão, que é a razão de ser da instituição e possibilita nortear o caminho a ser seguido pela organização, orientando as ações para o alcance dos objetivos. Apesar da relevância da missão, apenas 50% dos hospitais pesquisados a definiram os demais não.

Tabela 14 - Missão definida

Possui missão definida	Frequência	%
Sim	23	50,00
Não	23	50,00
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

Conforme exposto do capítulo 2, o planejamento pode ser estratégico, tático e operacional. Através do planejamento estratégico possibilita o cumprimento da missão da organização. Ele envolve toda a organização e é de responsabilidade dos diretores.

Das 46 empresas pesquisadas, 17 utilizam o planejamento estratégico. Dessas, 4 fazem uso apenas dele (8,70% da amostra), 7 (15,22% da amostra) o usam em conjunto com o planejamento operacional e 6 (13,04% da amostra) empregam os três níveis.

Quanto aos hospitais que utilizam apenas o planejamento estratégico, a literatura afirma ser insuficiente, devido à necessidade de estabelecer objetivos de curto prazo para o cumprimento dos de longo. Sendo assim, a implantação apenas deste planejamento dificulta o cumprimento da missão.

O planejamento tático, com base nas estratégias, descreve planos concretos em nível departamental de curto prazo, sendo de responsabilidade do gestor de cada área. Da amostra pesquisada, 19,57% dos hospitais utilizam apenas esse planejamento. Enquanto que 34,78% implantam exclusivamente o operacional, que é o desdobramento daquele em ações do cotidiano. Já 8,70% fazem uso tanto desse quanto daquele.

Tabela 15 - Níveis de planejamento realizado pela organização

<b>Níveis de planejamento da organização</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Estratégico	4	8,70
Operacional	16	34,78
Tático	9	19,57
Estratégico/Operacional	7	15,22
Estratégico/Tático/Operacional	6	13,04
Tático/Operacional	4	8,70
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

As questões 19 e 20 do formulário indagam se a entidade elabora o orçamento e qual finalidade dele, respectivamente. A tabela abaixo faz um cruzamento desses dois questionamentos e revela que das empresas pesquisadas 63,04% elaboram o orçamento, enquanto que as demais não o fazem.

Esse elevado percentual dos hospitais que o elaboram justifica-se no tópico 2.2 do Referencial teórico, onde esse é explicitado como uma ferramenta da fase de planejamento e controle capaz de proporcionar aos gestores o cumprimento dos objetivos e metas propostas.

Apesar de a literatura afirmar que através das comparações entre o orçado e o realizado as organizações podem avaliar seu desempenho, 13,04% das instituições o faz apenas para pleitear recursos ou por exigência da lei 4.320/64. Talvez esse resultado se deva ao fato de, nos hospitais públicos, esse instrumento ser elaborado como um ato preventivo e autorizativo das receitas e despesas a serem executadas no exercício, autorizado por lei.

Ressalta-se ainda, dos hospitais que responderam não elaborar o orçamento, em 10 deles, por exigência legal, o mesmo é feito pela Secretaria de Saúde da esfera de governo ao qual pertence, isso porque a instituição não possui independência financeira.

Tabela 16 - Elaboração do orçamento *versus* sua finalidade

Finalidade do orçamento	Elabora orçamento		
	Sim	Não	Total
Exigência da Lei 4.320/64 - Pleitear recursos	6	10	16
	13,04%	21,74%	34,78%
Comparar planejado com executado	9		9
	19,57%		19,57%
Exigência da Lei - Pleitear recursos e Comparar planejado com executado	14		14
	30,43%		30,43%
Não elabora orçamento		7	7
		15,22%	15,22%
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>17</b>	<b>46</b>
	<b>63,04%</b>	<b>36,96%</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

A tabela 17 mostra para quem os hospitais divulgam seus planos, estratégias e metas e a periodicidade dessa divulgação, questões 21 e 22 do formulário. Antes de efetuar os devidos comentários, é importante esclarecer que o termo chefia, é utilizado pelos hospitais públicos, e mantenedor, usado pelos hospitais privados sem fins lucrativos, foram adicionados após pré-teste, onde se constatou a sua necessidade.

Quanto aos resultados, observa-se: apenas 2,17% não efetuam divulgações, 19,57% das empresas pesquisadas fazem a divulgação apenas para proprietários e gerentes, 30,43% entre chefias ou mantenedores e 47,83% divulga para todos da instituição. Esse último resultado confirma a recomendações da literatura

pesquisada, a qual relata que os planos, estratégias e metas devem ser divulgados para todos os envolvidos da organização, contribuindo para o alcance dos objetivos e, assim, a maximização do desempenho.

Em relação à periodicidade, visualiza-se que em 41,30%, maior concentração de respondente, a divulgação dos planos, estratégias e metas ocorre mensalmente, sendo constituído esse total em grande parte por instituições onde todos participam do processo de divulgação. Seguido por outros períodos, 28,26%, compostos por quadrimestre, semestre e ano.

Tabela 17 - Divulgação dos planos, estratégias e metas *versus* periodicidade

Periodicidade	Entidade divulga seus planos, estratégias e metas, entre:				
	Proprietários e gerentes	Chefias/ Mantenedores	Todos	Não divulga	Total
Semanalmente	1	1	2		4
	2,17%	2,17%	4,35%		8,70%
Mensalmente	2	7	10		19
	4,35%	15,22%	21,74%		41,30%
Bimestralmente	1	1	0		2
	2,17%	2,17%	0,00%		4,35%
Trimestralmente	2	2	3		7
	4,35%	4,35%	6,52%		15,22%
Outros	3	3	7		13
	6,52%	6,52%	15,22%		28,26%
Nunca				1	1
				2,17%	2,17%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>22</b>	<b>1</b>	<b>46</b>
	<b>19,57%</b>	<b>30,43%</b>	<b>47,83%</b>	<b>2,17%</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

Os dados da tabela 18 evidenciam que a maioria absoluta dos respondentes, 63,04%, afirmaram usar relatórios e indicadores para a tomada de decisões e 17,39% informaram usar tanto relatórios indicadores quanto a intuição do gestor. As referências consultadas relatam que no mundo dos negócios a tomada de decisão baseada em intuição possui grandes chances de dar errada, por isso, deve se basear em análises e estudos junto aos diversos setores da entidade.

Apesar do grande percentual de usuários dos relatórios e indicadores, existe, na amostra pesquisada, 19,57% dos hospitais utilizando apenas a intuição do gestor para tomada de decisões. Essa atitude, segundo a literatura, pode reduzir as

melhorias esperadas, dessa forma essas empresas devem estudar a mudança desse hábito.

Tabela 18 - Bases para tomadas de decisões

Bases	Freqüência	%
Intuição do gestor	9	19,57
Relatórios e indicadores	29	63,04
Intuição do gestor/Relatórios e indicadores	8	17,39
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

Na amostra pesquisada, conforme demonstração do gráfico abaixo, 52,17% dos hospitais utiliza tanto relatórios financeiros quanto não financeiros, 28,26% usam somente relatórios não financeiros e 13,04% apenas financeiros. Apesar da complexidade encontrada nessas instituições, 6,52% não avaliam seus resultados.

O fato da maioria dos hospitais fazerem uso juntamente de relatórios financeiros e não financeiros, de acordo com a literatura pesquisada, justifica-se por nessas organizações existirem rápidas mudanças tecnológicas e inovações nas prestações de serviços. Assim, apenas os indicadores financeiros não são capazes de refletir seu atual desempenho, porém são necessários para orientar investimentos e decisões estratégicas.

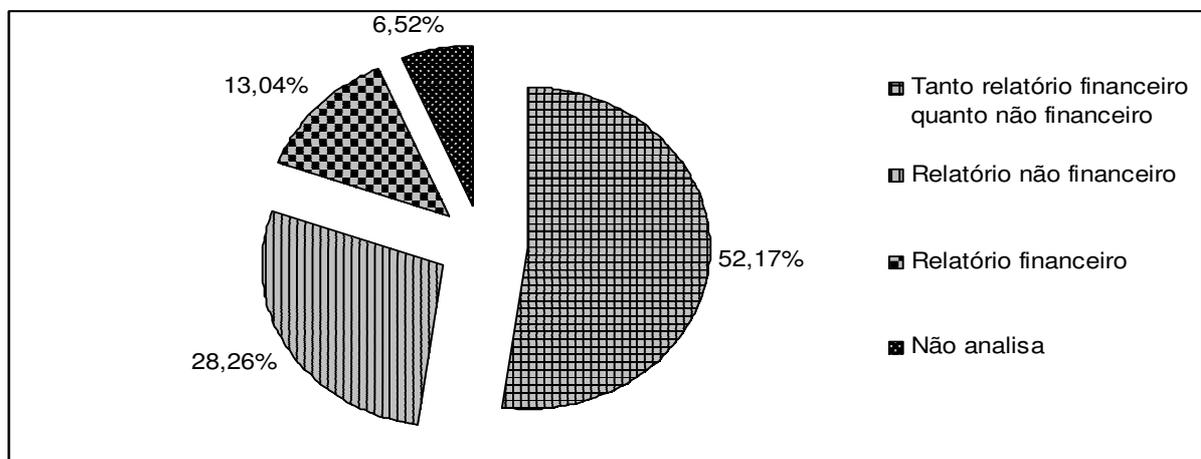


Gráfico 3 - Relatórios utilizados para análise dos resultados

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

No Referencial teórico observa-se ainda que a análise conjunta dos relatórios financeiros e não financeiros propicia aos gestores o relacionamento dos objetivos estratégicos, enfocando as dimensões do cliente, do intangível, do aprendizado e crescimento, fatores importantes para a tomada de decisão e para vantagem competitiva.

A tabela 19 complementa as informações do gráfico 3 efetuando uma relação entre os relatórios utilizados pelos hospitais e a periodicidade da sua elaboração, questões 24, 25 e 26.

Há uma predominância na amostra investigada da elaboração mensal dos relatórios, 53,73% do total. Dos hospitais que preparam relatórios não financeiros, 21,62% o fazem diariamente, esse elevado percentual é devido à necessidade de informações tempestivas para a tomada de decisão.

Tabela 19 - Tipo de relatório utilizado para a análise dos resultados

Periodicidade	Tipo de relatórios utilizados para análise dos resultados		
	Relatório Financeiro	Relatório não Financeiro	Total
Diariamente	4	8	12
	13,33%	21,62%	17,91%
Semanalmente	0	1	1
	0,00%	2,70%	1,49%
Mensalmente	17	19	36
	56,67%	51,35%	53,73%
Bimestralmente	0	2	2
	0,00%	5,41%	2,99%
Trimestralmente	1	1	2
	3,33%	2,70%	2,99%
Outros	8	6	14
	26,67%	16,22%	20,90%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>37</b>	<b>67</b>
	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

A tabela 20 cruza os questionamento 27 e 28. Aquele averigua se os hospitais avaliam seu desempenho, enquanto esse indaga se a referida avaliação auxilia na

tomada de decisão. De posse dos dados, nota-se: 80,43% das instituições pesquisada avaliam seu desempenho e, dentre esse total, todas afirmam serem auxiliadas no processo decisório por essa avaliação.

O elevado percentual encontrado é respaldado no capítulo 2 deste estudo, que apresenta a avaliação de desempenho como uma ferramenta capaz de mensurar resultados não facilmente medidos ou padronizados das instituições, onde se enquadram os hospitais.

O fato de todas as empresas a usarem no processo decisório também confirmado pela teoria, haja vista quantificar a eficiência e a eficácia das atividades, além de monitorar o percurso das ações, habilitando os gestores para identificação das variações no planejamento e previsão das melhorias no desempenho futuro.

Não obstante as virtudes existentes na avaliação do desempenho há 19,57% que desconhece os benefícios provenientes desta.

Tabela 20 - A organização avalia seu desempenho *versus* utilização dessa informação para a tomada de decisão

Auxilia na tomada de decisão	Avalia o desempenho		
	Sim	Não	Total
Sim	37		37
	80,43%		80,43%
Não		9	9
		19,57%	19,57%
<b>Total</b>	37	9	46
	<b>80,43%</b>	<b>19,57%</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

Na tabela 21, a qual evidencia os dados sobre os responsáveis pela coleta e difusão dos indicadores de desempenho, nota-se que o maior responsável é o proprietário, gerente ou chefe (em 43,48% da amostra), seguido por um funcionário especialmente mobilizado para tal função (em 32,61%). Os contadores são os responsáveis em apenas 4,35% dos hospitais investigados.

Conforme comentado no capítulo 2, as entidades devem nomear um responsável pela coleta de dados, o qual deve efetuar comparação desses com os resultados desejados, além de acompanhar a tendência dos resultados em relação às metas e objetivos estabelecidos.

Tabela 21 - Responsável pela coleta de dados indicadores de desempenho da empresa

<b>Responsável pela coleta de dados</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Diretor ou gestor ou chefes	20	43,48
Funcionário da empresa especialmente mobilizado	15	32,61
Contador	2	4,35
Não avalia o desempenho	9	19,57
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

A tabela 22 traz o resultado das questões 30 e 31 do instrumento de coleta, as quais indagam se a instituição compara o seu desempenho com o de outras organizações de características similares e quais as principais fontes de informação para essa comparação.

Tabela 22 - Uso do *benchmarking* e as principais fontes de informação

<b>Fontes de informação</b>	<b>Utiliza <i>benchmarking</i></b>		
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Total</b>
Não realiza comparação		21	21
		45,65%	45,65%
Pesquisas realizadas em empresas com características similares	9		9
	36,00%		19,57%
Periódicos ou <i>sites</i> especializados do setor	4		4
	16,00%		8,70%
Informações de consultores	4		4
	16,00%		8,70%
Periódicos ou <i>sites</i> especializados do setor e Informações de consultores	2		2
	8,00%		4,35%
Pesquisas realizadas em empresas similares e Periódicos ou <i>sites</i> especializados	4		4
	16,00%		8,70%
Outros	2		2
	8,00%		4,35%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	<b>46</b>
	<b>54,35%</b>	<b>45,65%</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

De acordo com as referências consultadas, o *benchmarking*, por permitir comparação do desempenho de uma empresa em relação aos padrões de outras, facilita a implantação de medidas de desempenho, possibilitando identificação e incorporação de melhorias nas atividades.

Através da tabela acima, observa-se que 54,35% dos hospitais pesquisados reconhecem a importância de tal mecanismo, fazendo assim uso em sua atividade. Desse total, 4 entidades utilizam como fonte de informação os periódicos ou sites especializados do setor, 4 usam informações de consultores, 2 utilizam tanto esse quanto aquele meio de obtenção, 9 instituições adquirem as informações por meio de pesquisas realizadas em empresas com características similares, 4 obtêm por pesquisas realizadas e periódicos ou sites, ao passo que duas usam outras formas não dispostas no formulário, como dados informais e a mídia.

As tabelas a seguir (23, 24 e 25) expõem os indicadores utilizados para medir o desempenho organizacional e a importância deles para a empresa.

Tabela 23 - Indicadores de liquidez utilizados para medir o desempenho organizacional e sua importância na instituição

Indicadores de liquidez	Faz uso?				Total	Média	% médio de importância
	Sim		Não				
	f	%	f	%			
Liquidez Geral	18	39,13	28	60,87	<b>46</b>	4,06	52,78
Liquidez Corrente	18	39,13	28	60,87	<b>46</b>	4,00	50,00
Liquidez Seca	7	15,22	39	84,78	<b>46</b>	4,29	64,29

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

Na tabela 23 pode-se observar que os principais indicadores financeiros de liquidez são utilizados por menos da metade dos hospitais investigados para mensurar o desempenho. Apenas 15,22% da amostra usam indicadores de Liquidez Seca, 39,13% utilizam à Liquidez Geral e 39,13% fazem uso da Liquidez Corrente. Visualiza-se também que apesar da liquidez seca ser pouco utilizada, ela possui um maior grau de importância para o auxílio à tomada de decisão (média 4,29), seguido pela liquidez geral, 4,06%.

Conforme literatura pesquisada, esse indicador demonstra a base da situação financeira da empresa, servindo de medida de segurança de longo, curto e curtíssimo prazo.

O baixo percentual de usuários desse índice pode ser ocasionado devido 67,39% da amostra ser constituída por hospitais públicos e privados sem fins lucrativos, empresas nas quais a situação financeira não é o principal objetivo.

Tabela 24 - Indicadores de rentabilidade utilizados para medir o desempenho organizacional e sua importância na instituição

Indicadores de rentabilidade	Faz uso?				Total	Média	% médio de importância
	Sim		Não				
	f	%	f	%			
Margem Líquida	12	26,09	34	73,91	<b>46</b>	4,42	70,83
Rentabilidade sobre o patrimônio líquido	11	23,91	35	76,09	<b>46</b>	4,27	63,64
Retorno sobre o investimento	12	26,09	34	73,91	<b>46</b>	4,08	54,17

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

O indicador de rentabilidade, conforme Referencial teórico, demonstra os retornos sobre os investimentos, em relação ao nível de vendas, ativos ou capital próprio.

Na penúltima coluna da tabela 24 notam-se as médias de importância dos indicadores de rentabilidade para os hospitais investigados no estado do Rio Grande do Norte. Assim, o indicador que possui maior média é a Margem Líquida (4,42%), a qual detém um percentual médio de importância de 70,83% (última coluna), acompanhado da Rentabilidade sobre o patrimônio líquido, cuja média 4,27% e percentual de importância 63,64%.

A terceira e quarta colunas mostram a porcentagem de hospitais os quais usam tais indicadores. Observa-se, então, que 73,91% não utilizam Margem Líquida, mesma porcentagem apresentada para os não usuários do Retorno sobre o investimento. Já a rentabilidade sobre o patrimônio líquido é útil em 23,91% dos estabelecimentos.

Cabe ressaltar que os dados da última coluna são calculados da seguinte forma:

$$\frac{\text{Média da variável} - 3(\text{valor neutro})}{2} * 100$$

Tabela 25 - Indicadores de endividamento utilizados para medir o desempenho organizacional e sua importância na instituição

Indicadores de endividamento	Faz uso?				Total	Média	% médio de importância
	Sim		Não				
	f	%	f	%			
Relação do capital de terceiros/próprio	10	21,74	36	78,26	<b>46</b>	4,40	70,00
Relação do capital de terceiros/passivo total	9	19,57	37	80,43	<b>46</b>	4,22	61,11
Imobilização de recursos permanentes	17	36,96	29	63,04	<b>46</b>	4,12	55,88

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

Conforme capítulo 2 deste estudo, os indicadores de endividamento indicam o total de recursos de terceiros captados pela empresa no intuito de gerar lucros.

De acordo com a tabela acima, 80,43% das entidades pesquisadas não utilizam a proporção do capital de terceiros em relação ao passivo total, 78,26% não fazem uso do indicador relação de capital de terceiros/capital próprio. O índice de endividamento mais usado pelos hospitais é imobilização de recursos permanentes, 36,96%.

O percentual de importância dados aos indicadores pelas instituições as quais o utilizam varia entre 55,88%, para imobilização dos recursos permanentes, e 70%, para a percentual do capital de terceiros em relação ao passivo total.

As tabelas 23, 24 e 25 evidenciam o baixo uso dos indicadores financeiros pelos hospitais investigados, apesar desses demonstrarem a situação dessas empresas em determinado momento, permitindo efetuar a análise de seu desempenho.

Talvez esses dados resultem do alto número de hospitais governamentais e privados sem fins lucrativos, totalizando 31 instituições, das 46 pesquisadas, as quais, conforme o Referencial teórico, possuem como objetivo o cumprimento de suas missões, assim esses indicadores são pouco utilizados por essas empresas não focalizarem a situação financeira e sim a satisfação da sociedade.

Na Tabela a seguir é possível verificar o resultado encontrado na pesquisa dos diversos indicadores não-financeiros mais utilizados pela amostra pesquisada e a sua importância.

Tabela 26 - Indicadores não financeiros utilizados para medir o desempenho organizacional e sua importância na instituição

Indicador	Faz uso?				Total	Média	% médio de importância
	Sim		Não				
	f	%	f	%			
Qualidade de prestação de serviço	29	63,04	17	36,96	46	4,55	77,59
Número de reclamações dos pacientes	27	58,70	19	41,30	46	4,74	87,04
Evolução do número de pacientes	42	91,30	4	8,70	46	4,64	82,14
Satisfação dos pacientes	29	63,04	17	36,96	46	4,69	84,48
Número de contratações de colaboradores	32	69,57	14	30,43	46	4,28	64,06
Número de demissões de colaboradores	26	56,52	20	43,48	46	4,23	61,54
Produtividade dos colaboradores	26	56,52	20	43,48	46	4,31	65,38
Satisfação dos colaboradores	20	43,48	26	56,52	46	4,70	85,00
Qualificação dos colaboradores	37	80,43	9	19,57	46	4,62	81,08
Número de erros dos colaboradores	14	30,43	32	69,57	46	4,93	96,43
Proporções de cirurgias suspensas	22	47,83	24	52,17	46	4,50	75,00
Taxa de mortalidade	38	82,61	8	17,39	46	4,63	81,58
Tempo de permanência do paciente	40	86,96	6	13,04	46	4,48	73,75
Taxa de readmissão imediata	28	60,87	18	39,13	46	4,50	75,00
Taxa de infecção hospitalar	37	80,43	9	19,57	46	4,65	82,43
Complicações cirúrgicas	21	45,65	25	54,35	46	4,76	88,10
Percentual de cesáreas	20	43,48	26	56,52	46	4,45	72,50
Taxa de ocupação	40	86,96	6	13,04	46	4,60	80,00
Erros de medicação	13	28,26	33	71,74	46	4,62	80,77
Percentual de Glosa	36	78,26	10	21,74	46	4,81	90,28
Valor de consumo	40	86,96	6	13,04	46	4,65	82,50
Percentual de rejeição	10	21,74	36	78,26	46	4,40	70,00

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

Na literatura pesquisada observou-se a complexidade envolvida na seleção dos indicadores não financeiros, por não existir um consenso sobre os melhores para avaliar os hospitais. Então foram investigados no formulário de pesquisa os indicadores mais evidenciados pelos diversos autores consultados.

Dos indicadores elencados, o que detém maior percentual de utilização é a evolução do número de pacientes (91,30%), seguido pelo tempo de permanência do paciente, taxa de ocupação e valor de custos (todos usados por 86,96% dos hospitais analisados). Ressalta-se que essa preferência pode ser devido aos referidos indicadores influenciarem nos custos da organização.

Entre os indicadores menos utilizados destacam-se percentual de rejeição (21,74%), erros de medicação (28,26%) e número de erros dos colaboradores (30,43%). Esse último apesar de não ser muito usado, possui, dentre os demais, a maior média - 4,93%, acompanhado pelo percentual de glosa - 4,81%, complicações cirúrgicas – 4,76% e número de reclamações dos pacientes – 4,74%.

Na questão 32 do formulário de pesquisa, além dos indicadores relacionados nas tabelas 23, 24, 25 e 26, possui um espaço para se expor indicadores usados pelos hospitais e não apresentados no questionamento, foram citados: número de refeições servidas, diminuição de desperdício, 40 materiais mais caros consumidos, despesas por fonte de recursos, percentual de comprometimento da receita, produção hospitalar e ambulatorial, número de óbitos, quantidade de exames realizados pelo laboratório, quantidade de procedimentos da ortopedia, pontualidade e assiduidade dos colaboradores, cirurgia por cirurgião, crescimento da produção, custos por setor, custo do paciente, controle de acidente de trabalho, número de internações, produção científica, docentes por titulação e carga horária. Esses dois últimos citados por hospitais universitários.

#### *4.1.4 Análise das hipóteses*

Nesta seção são respondidas as questões efetuadas na introdução. Faz-se uso, para obtenção das respostas, do teste Qui-quadrado ou teste exato de Fisher, com o nível de significância de 5%.

Tabela 27 - A Relação entre a natureza jurídica das organizações e a base para tomada de decisão

Natureza jurídica	Base para tomada de decisão		
	Intuição do gestor	Relatórios e indicadores	Total
Pública e Privada sem fins lucrativos	13	25	38
Privada com fins lucrativos	4	12	16
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>37</b>	<b>54</b>
<b>Teste Estatístico</b>	<b>Teste Exato de Fisher</b>		
<b>P-valor</b>	<b>0,7492</b>		

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

A tabela 27 demonstra se existe uma relação entre a natureza jurídica dos hospitais pesquisados e a base utilizada para a tomada de decisão.

No início deste estudo a pesquisadora pressupunha que dependendo da natureza jurídica da instituição existiria uma base diferente para a tomada de decisão, em outras palavras, acreditava que os hospitais públicos e privados sem fins lucrativos as decisões seriam tomadas baseadas em maior proporção na intuição dos gestores.

Tal questionamento surgiu da afirmação encontrada na literatura pesquisada, onde é declarado que a lógica da administração hospitalar é determinada pelo poder dos médicos e quando o ambiente é público, a situação é difícil devido a ausência de compromisso efetivo.

Porém, por meio do teste exato de Fisher, como o  $p$ -valor foi maior que 5%, observa-se que as duas variáveis em análise são independentes, aceitando, assim, a hipótese nula. Em outras palavras, não há comprovação estatística entre a base para a tomada de decisão, seja na categoria de hospitais públicos e privados sem fins lucrativos ou na categoria privados com fins lucrativos.

Tabela 28 - A associação entre o porte do hospital e o uso de indicadores de desempenho na tomada da decisão da empresa

Porte do Hospital	Utilização de indicadores na tomada de decisão		
	Utiliza indicadores	Não avalia o desempenho	Total
Porte I e II	18	7	25
Porte III e IV	19	2	21
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>9</b>	<b>46</b>
<b>Teste Estatístico</b>	<b>Teste Exato de Fisher</b>		
<b>P-valor</b>	<b>0,1506</b>		

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

Essa tabela mostra os resultados do teste exato de Fisher para a significância da relação entre o porte do hospital e a utilização de indicadores para a tomada de decisão.

Inicialmente, acreditava-se no pressuposto de que os hospitais mais complexos necessitariam do uso dos indicadores no processo decisório. Entretanto, o teste exato de Fisher demonstra que as variáveis em análise não apresentaram significância estatística, devendo não rejeitar a hipótese nula ( $p$ -valor igual a 0,1506), pois independente da complexidade, os hospitais utilizam indicadores de desempenho para tomar decisões.

Tabela 29 - Existe relação entre o grau de instrução dos gestores e os tomadores decisões dentro das organizações pesquisadas

Grau de instrução	Tomadores de decisão		
	Concentradas no proprietário, gestores (chefias)	Compartilhadas entre todos	Total
Ensino médio completo e Ensino superior	15	6	21
Pós-Graduação completa e incompleta	18	7	25
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>13</b>	<b>46</b>
<b>Teste Estatístico</b>	<b>Teste qui-quadrado</b>		
<b>P-valor</b>	<b>0,775</b>		

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

A relação descrita não pode ser confirmada estatisticamente, uma vez que o teste Qui-quadrado apresentou um  $p$ -valor igual a 0,775. Portanto, os dados analisados não revelam a associação entre o grau de instrução dos gestores e os tomadores de decisão.

A suposição, ao formular a questão, sobre a associação das variáveis descritas acima, era de que quanto mais instruído o gestor geral mais descentralizado seria o processo decisório, permitindo aos profissionais de diversos níveis decidirem sobre a sua esfera de responsabilidade. Tal ação libera a alta administração de problemas diários, propiciando a dedicação às estratégias, decisões de alto nível e à coordenação das atividades, e aumenta a satisfação dos

demais colaboradores, pela responsabilidade recebida e reconhecimento da sua competência.

Nas instituições descentralizadas, as decisões são baseadas em uma melhor informação, tendo em vista, seus tomadores dispõem de dados mais detalhados e atualizados das áreas as quais fazem parte.

Tabela 30 - A relação entre o porte dos hospitais e o número de profissionais

Porte do hospital	Quantidade de funcionários		
	De 0 até 300	Acima de 301	Total
Porte I e II	18	7	25
Porte III e IV	10	11	21
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>18</b>	<b>46</b>
<b>Teste Estatístico</b>	<b>Teste Qui-quadrado</b>		
<b>P-valor</b>	<b>0,1662</b>		

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

Ao indagar sobre a relação entre o porte do hospital e a quantidade de funcionários, esperava-se que quanto mais complexo fosse a instituição, mais colaboradores necessitaria.

Na tabela 30, se verifica que as organizações de porte I e II, possui, em mais de 70% da amostra pesquisada, até 300 funcionários e mais de 50% das entidades de porte III e IV possui mais de 300 colaboradores.

No entanto, foi realizado o teste estatístico Qui-quadrado para verificar se a associação entre as variáveis é considerada significativa estatisticamente. O teste não demonstra relevância estatística entre as referidas variáveis ( $p$  é igual 0,1662), assim sendo, se aceita a hipótese zero.

Tabela 31 - Relação entre o porte dos hospitais e a utilização de *benchmarking*

Porte do hospital	Uso de <i>benchmarking</i>		
	Sim	Não	Total
Porte I e II	12	13	25
Porte III e IV	13	8	21
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	<b>46</b>
<b>Teste Estatístico</b>	<b>Teste Qui-quadrado</b>		
<b>P-valor</b>	<b>0,5183</b>		

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

Através da tabela 31, nota-se a inexistência de associação entre o porte dos hospitais e a utilização do *benchmarking*, uma vez que o teste Qui-quadrado entre as duas variáveis apresentou um nível de significância de 0,5183, bem acima do permitido (0,05), por isso, aceita-se a hipótese nula.

Então, conclui-se que não existem evidências suficientes para afirmar que os hospitais menos complexos não usam o *benchmarking* e os com maior complexidade o utilizam.

Tabela 32 - A relação entre a natureza jurídica das organizações hospitalares e a finalidade do orçamento

Natureza jurídica	Finalidade do orçamento		
	Exigência legal e Pleitear recursos	Comparar planejado com executado	Total
Pública e Privada sem fins lucrativos	26	14	40
Privada com fins lucrativos	4	9	13
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>23</b>	<b>53</b>
<b>Teste Estatístico</b>	<b>Teste Exato de Fisher</b>		
<b>P-valor</b>	<b>0,05</b>		

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

A Tabela 32 apresenta o resultado da verificação da relação da natureza jurídica dos hospitais investigados e a finalidade do orçamento. Acreditava-se no pressuposto de que as entidades públicas e privadas sem fins lucrativos utilizavam o orçamento por uma exigibilidade legal e para pleitear recurso, enquanto que nas privadas com fins lucrativos, a finalidade seria possibilitar comparações do planejado e executado.

Ao se testar estatisticamente as variáveis, foi constatada a existência de uma relação significativa entre elas, uma vez que o  $p$ -valor é igual 0,05. Portanto, a finalidade do orçamento depende da natureza jurídica do hospital.

Tabela 33 - A relação entre a área de conhecimento do gestor e a quantidade de indicadores financeiros utilizados

Área de conhecimento	Número de Indicadores Financeiros utilizados		
	< 5	>= 5	Total
Medicina e outras	15	1	16
Administração/Economia/Ciências contábeis	17	13	30
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>14</b>	<b>46</b>
<b>Teste Estatístico</b>	<b>Teste Exato de Fisher</b>		
<b>P-valor</b>	<b>0,01638</b>		

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

Essa hipótese foi definida pelo fato de que a quantidade de indicadores financeiros utilizados pode está associada com as áreas de conhecimento do gestor geral, tendo em vista que profissionais com conhecimentos em administração, ciências contábeis e economia detêm maior noção sobre indicadores financeiros, podendo assim utilizá-los na obtenção de dados sobre o desempenho dos hospitais.

Por meio da Tabela 33, verifica o resultado do teste exato de Fisher obtido ao se cruzarem às referidas variáveis. O teste apresentou uma associação significativa aceitável, pois o  $p$ -valor é igual 0,01638, devendo a hipótese alternativa ser aceita. Assim, pode-se considerar, para amostra estudada, a existência de dependência entre as áreas de conhecimento e a quantidade de indicadores financeiros de desempenho.

Tabela 34 - Relação entre a área de conhecimento do gestor e a quantidade de indicadores não financeiros utilizados

Área de conhecimento	Número de Indicadores não Financeiros utilizados		
	< 12	>= 12	Total
Medicina e Outras	7	9	16
Administração/Economia/Ciências contábeis	6	24	30
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>33</b>	<b>46</b>
<b>Teste Estatístico</b>	<b>Teste Qui-quadrado</b>		
<b>P-valor</b>	<b>0,1738</b>		

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

Diferente da hipótese anterior, essa relaciona as áreas de conhecimento com os indicadores não financeiros.

O resultado obtido através do teste Qui-quadrado, evidencia um  $p$ -valor igual a 0,1738, valor esse não significativo estatisticamente para provar a associação entre as já citadas variáveis, não podendo ser rejeitar a hipótese nula.

Desta forma, pode-se concluir que a quantidade de indicadores não financeiros não possui relação com as áreas de conhecimentos do gestor geral, talvez pelo fato desses indicadores serem conhecidos pelos profissionais sem a necessidade de áreas específicas, como administração, contábeis e economia.

Tabela 35 - A relação entre a natureza jurídica das organizações e a quantidade de indicadores financeiros utilizados

Natureza Jurídica dos hospitais	Número de Indicadores Financeiros utilizados		
	< 5	>= 5	Total
Pública e Privada sem fins lucrativos	29	2	31
Privada com fins lucrativos	3	12	15
Total	<b>32</b>	<b>14</b>	<b>46</b>
<b>Teste Estatístico</b>	<b>Teste Exato de Fisher</b>		
<b>P-valor</b>	<b>0,0000008</b>		

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

A tabela 35 busca explicar se a natureza jurídica dos hospitais possui relação com o número de indicadores usados por esses. Conforme literatura pesquisada, as instituições públicas e privadas sem fins lucrativos, não possuem como meta a situação financeira, mas sim, o cumprimento de seus objetivos sociais, sendo assim, pouco utilizam indicadores financeiros.

Por meio do teste Qui-quadrado, a mencionada associação foi confirmada estatisticamente ( $p$ -valor=0,0000008), devendo-se, no entanto, rejeitar a hipótese nula. Em outras palavras, os hospitais privados com fins lucrativos fazem uso de um maior número de indicadores financeiros do que os públicos e privados sem fins lucrativos.

Tabela 36 - Relação entre a natureza jurídica das organizações e a quantidade de indicadores não financeiros utilizados

Natureza Jurídica dos hospitais	Número de Indicadores não Financeiros utilizados		
	< 12	>= 12	Total
Pública e Privada sem fins lucrativos	11	20	31
Privada com fins lucrativos	2	13	15
Total	13	33	46
<b>Teste Estatístico</b>	<b>Teste Exato de Fisher</b>		
<b>P-valor</b>	<b>0,1692</b>		

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

Na tabela 36 é possível se verificar a existência de dependência da natureza jurídica dos hospitais e a quantidade de indicadores não financeiros utilizados. Das 31 instituições públicas e privadas sem fins lucrativos investigadas, 35% fazem uso de menos 12 indicadores não financeiros. Ao passo que das entidades privadas com fins lucrativos, aproximadamente 87% usam mais de 12 indicadores não financeiros.

No entanto, apesar dessa relação visível, ao aplicar o teste exato de Fisher não foi constatada associação significativa estatisticamente, devido o  $p$ -valor ser igual a 0,1692, sendo assim, não se rejeita a hipótese zero.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS**

A medição de desempenho evidencia a eficiência e a eficácia das atividades organizacionais. Através da obtenção de dados, essa ferramenta possibilita entender o funcionamento da empresa, além de monitorar e avaliar suas ações, antecipando mudanças na direção estratégica.

Os hospitais, entidades complexas com características particulares e específicas, precisam do monitoramento sistemático das operações, para assim acompanhar a seu progresso ao longo do tempo em busca dos objetivos. Percebe-se, portanto, que essas instituições necessitam de medidas de desempenho para seu processo de gestão.

Nessa perspectiva, a presente pesquisa apresenta como objetivo geral investigar as principais características da medição de desempenho dos hospitais localizados no estado Rio Grande do Norte, para tanto foi selecionada uma amostra, por conveniência, de 46 instituições, nas quais foi aplicado o formulário, composto por 32 questões.

Desse modo, a partir da pesquisa bibliográfica e empírica busca-se alcançar o já citado objetivo geral, pelos seguintes objetivos específicos: investigar o estado da arte da medição de desempenho das organizações; identificar os indicadores de desempenho, à luz da teoria, utilizados pelos hospitais; averiguar o perfil do gestor geral, nas organizações objeto de estudo; e verificar se os gestores dos hospitais estão utilizando em seu processo de gestão os indicadores de desempenho, de acordo com o estado da arte desta área do conhecimento.

Considerando-se os objetivos propostos, apresentam-se as considerações finais obtidas com o desenvolvimento desse estudo.

O primeiro objetivo específico é alcançado no capítulo do Referencial Teórico, onde, para sua elaboração, realiza-se uma pesquisa bibliográfica e, assim, investiga-se o estado da arte da medição de desempenho. Constata-se a existência de poucos estudos sobre esse tema nos hospitais e também a importância da referida técnica para tais instituições, por proporcionar aos seus gestores evidências sobre práticas efetuadas, valores, convicções e suposições, os respaldando para a tomada de decisões estratégicas e conduzindo a empresa à melhoria de suas atividades.

No que concerne ao segundo objetivo específico, são identificados, com base na literatura pesquisada, os indicadores financeiros e não-financeiros utilizados pelos hospitais. Observa-se uma grande diversidade de indicadores existentes e uma falta de consenso sobre quais os melhores indicadores para se avaliar hospitais. Tal fato dificulta na escolha daqueles que retratam fidedignamente a realidade dessas instituições.

Em relação ao terceiro objetivo específico, sobre o perfil do gestor geral dos hospitais investigados, o grau de instrução é bem favorável a uma boa gestão dessas entidades, uma vez que 50% desses profissionais possuem pós-graduação completa e 41,30% com ensino superior completo. Na amostra pesquisada, 58,70% dos gestores geral detêm conhecimento na área de administração, desse percentual, 70,37% conhecem outras áreas como medicina, economia, ciências contábeis, enfermagem, serviço social, biologia, odontologia e direito. Os resultados, grau de instrução e áreas de conhecimento, demonstram que os gestores gerais, dos hospitais investigados, estão qualificados para a sua administração.

Quanto ao quarto objetivo específico, sobre a utilização, pelos gestores, dos indicadores de desempenho no processo de gestão, observa-se que as organizações analisadas pouco utilizam os indicadores financeiros para medir o desempenho (menos de 40% da amostra). Esse resultado se deve à composição da amostra, 67,39% constituída por hospitais públicos e privados sem fins lucrativos, os quais possuem como foco a satisfação da sociedade e não a situação financeira. Ainda tratando dos financeiros, verifica-se que o percentual médio de importância oscila de 50%, para Liquidez Corrente, até 70,83%, para a Margem Líquida. Essa baixa média pode ser devido às restrições que os fazem menos aplicáveis nessas instituições, como não acompanhar as rápidas mudanças tecnológicas e não fornecer dados tempestivos.

Tratando-se dos indicadores não-financeiros, dispostos no formulário de pesquisa, são usados, na média, por mais de 60% da amostra. Dentre os mais utilizados estão evolução do número de pacientes (utilizado por 91,30%), tempo de permanência do paciente, taxa de ocupação e valor de custos (todos usados por 86,96% dos hospitais analisados). Ao analisar o grau de importância da utilização desses indicadores, constatam-se os seguintes, com maiores médias de mais importantes: número de erros dos colaboradores (4,93), percentual de glosa (4,81), complicações cirúrgicas (4,76), número de reclamações dos pacientes (4,74),

satisfação dos colaboradores (4,69), satisfação dos pacientes (4,69), valor de consumo e taxa de infecção hospitalar (4,65).

Diante de tais resultados, observa-se que os hospitais privados com fins lucrativos utilizam no seu processo decisório uma combinação de indicadores de desempenho financeiros e não-financeiros, conforme recomenda a literatura pesquisada. Porém, os públicos e privados sem fins lucrativos fazem uso, em sua maioria, apenas dos indicadores não-financeiros.

Com base na análise dos resultados dos pressupostos da pesquisa, apresentados no capítulo 4, conclui-se que apenas as seguintes associações são significativas estatisticamente:

- Natureza jurídica dos hospitais investigados e a finalidade do orçamento (com  $p$ -valor igual a 0,05);
- Quantidade de indicadores financeiros utilizados e as áreas de conhecimento do gestor geral (com  $p$ -valor igual a 0,01638); e
- Natureza jurídica dos hospitais e o número de indicadores financeiros usados (com  $p$ -valor igual a 0,0000008).

Por meio das considerações feitas, pode-se concluir que grande parte das instituições analisadas faz uso, em seu processo de gestão, das principais medidas de desempenho investigadas. Assim, os hospitais pesquisados possuem dados para avaliar como estão evoluindo no alcance dos objetivos predeterminados e identificar as áreas em que o desempenho precisa ser melhorado.

Observa-se que o primeiro passo já foi dado, com a implantação da medição de desempenho, inclusive nos hospitais públicos, onde a literatura estudada comenta sobre a falta de compromisso existente, situação essa que começa ser revertida com a busca pela qualidade, porém o caminho ainda é longo para o alcance da eficiência e eficácia.

Como limitações esse estudo possui a forma na qual a amostra foi selecionada (por conveniência), impossibilitando a extrapolação dos resultados para aos demais hospitais do estado do Rio Grande do Norte; não ter pesquisado sobre os sistemas de medição de desempenho; além de não possuir em seu resultado comparações com outros estudos, por não ter sido desenvolvido outros trabalhos com mesmo objetivo em outros hospitais.

Diante exposto, acredita-se que o assunto relativo à medição de desempenho não foi suficientemente explorado, demandando, portanto, o desenvolvimento de

outras pesquisas. Para melhorar a qualidade dessas futuras pesquisas, sugere-se: replicar o estudo ampliando a amostra utilizando técnicas probabilísticas, de maneira que o resultado encontrado possa ser extrapolado para toda a população; aplicar em outros municípios do estado; abranger outros estados; efetuar um comparativo com a medição de desempenho do Rio Grande do Norte com outros estados; e inserir indicadores não constantes no formulário desta pesquisa, como EVA, MVA, EBIT e EBITDA.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Teófilo R. R. Perspectivas de sobrevivência do hospital. **Revista Paulista de Hospitais**, São Paulo, n.5/6, p.104-113, maio/jun. 1983.

ALDAY, Hernan E. Contreras. O Planejamento Estratégico dentro do Conceito de Administração Estratégica. **Revista FAE**, Curitiba, v.3, n.2, p.9-16, maio/ago. 2000. Disponível em: <<http://www.mgerhardt-consultorias.com.br/material/A2PE%20-200%20Planejamento%20Estrategico.pdf>>. Acesso em: 14 dez 2007.

ASSAF NETO, Alexandre. **Estrutura e análise de balanços**: um enfoque econômico-financeiro. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

ASSAF NETO, Alexandre. **Finanças corporativas e valor**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

AZEVEDO, Antonio Carlos de. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n.1, p.64-71, fev. 1991. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v25n1/13.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2007.

BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2001.

BARBOSA, Edna Alves. **As Informações contábeis de suporte ao processo de gestão nas diferentes fases do ciclo de vida de empresas da construção civil de Goiânia-GO**. 2003. 154 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção), Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, 2003.

BRASIL. **Lei 6.420, de 17 de março de 1964**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L4320.htm>>. Acesso em: 10 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**, Brasília, 1983. Disponível em: <[http://portal.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/colecao\\_progestores/livro\\_9.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/colecao_progestores/livro_9.pdf)>. Acesso em 23 abr. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**, 2003. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/cxrn.def>>. Acesso em: 20 maio 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Fundo Nacional de Saúde. IBGE. **Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde financiadas por recursos próprios, em R\$ mil correntes, por esfera de governo**. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/despsaude.php?escacmp=1>>. Acesso em: 20 maio 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos estabelecimentos de saúde**. Disponível em:

<[http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Nome\\_Por\\_Estado\\_Municipio.asp?VEstado=24&VMun=0](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome_Por_Estado_Municipio.asp?VEstado=24&VMun=0)>. Acesso em: 07 ago. 2007.

BRASIL. **Portaria do Ministério da Saúde e Secretaria Nacional de Assistência à Saúde n. 2.224**, de 5 de dezembro de 2002. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2224.htm>>. Acesso em: 10 ago. 2007.

BRIGHAM, Eugene F.; GAPENSKI, Louis C.; EHRHARDT Michel C. **Administração financeira: teoria e prática**. Tradução: Alexandre Loureiro Guimarães Alcântara e José Nicolas Albuja Salazar. São Paulo: Atlas, 2001.

BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.30, n.1, fev.1996. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101996000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101996000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 17 maio 2007.

CASTRO, Rodrigo Batista de. Eficácia, Eficiência e Efetividade na Administração Pública. In.: **Encontro da ANPAD**, 30, 2006. Anais... Salvador: ANPAD, 2006.

CATELLI, Armando; PEREIRA, Carlos Alberto; VASCONCELOS, Marco Tullio de Castro. Processo de Gestão e Sistemas de informações gerenciais. In.: CATELLI, Armando (Org.). **Controladoria: uma abordagem da gestão econômica**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2001. p. 135-154.

CARVALHO, José Ribamar Marques de. **Medição de Desempenho Empresarial: um estudo nas Organizações do Setor Salineiro no Estado do Rio Grande do Norte**. 2007. 121 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis), UnB, UFPB, UFPE, UFRN. Natal: 2007.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.315-329, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7115.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2007.

CERTO, S.; PETER, J. P. **Administração estratégica: planejamento e implantação da estratégia**. São Paulo: Makron Books, 1993.

CHERUBIN, Nicersindo Antônio; SANTOS, Naírio Augusto dos. **Administração hospitalar: fundamentos**. São Paulo: Cerdas, 1997.

COLAUTO, Romualdo Douglas; BEUREN, Ilse Maria. Proposta para Avaliação da Gestão do Conhecimento em Entidade Filantrópica: o Caso de uma Organização Hospitalar. **Revista de Administração Contemporânea (RAC)**, v.7, n.4, out./dez. 2003, p. 163-185. Disponível em: <[http://www.anpad.org.br/rac/vol\\_07/dwn/rac-v7-n4-rdc.pdf](http://www.anpad.org.br/rac/vol_07/dwn/rac-v7-n4-rdc.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2007.

COOPER, Donald R.; SCHINDLER, Pamela S. **Métodos de pesquisa em Administração**. Tradução: Luciana de Oliveira da Rocha. 7. ed. São Paulo: Bookman, 2003.

COSTA, Carlos; LOPES, Sílvia. **Avaliação do desempenho dos hospitais públicos em Portugal Continental 2005**. Lisboa: Grupo de Disciplinas de Gestão em Organizações de Saúde, 2007. Disponível em: <[http://www.ensp.unl.pt/invest-desenvolv-inov/projectos/adhp\\_versaofinal\\_31jan07.pdf](http://www.ensp.unl.pt/invest-desenvolv-inov/projectos/adhp_versaofinal_31jan07.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2007.

ESCRIVÃO JÚNIOR, Álvaro. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.655-666, maio/jun., 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/15.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2007.

FERNANDES, Djair Roberto. Uma contribuição sobre a construção de indicadores e sua importância para a gestão empresarial. **Revista da FAE**, Curitiba: Revista FAE, v.7, n.1, p.1-18, jan./jun., 2004. Disponível em: <[http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/revista\\_da\\_fae/fae\\_v7\\_n1/rev\\_fae\\_v7\\_n1\\_01\\_d\\_ejair.pdf](http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/revista_da_fae/fae_v7_n1/rev_fae_v7_n1_01_d_ejair.pdf)>. Acesso em: 27 abr. 2007.

GALAS, Eduardo Santos; PONTE, Vera Maria Rodrigues. O Equilíbrio dos Indicadores do Balanced Scorecard: um Estudo em Empresas Cearenses. In.: **Encontro da ANPAD**, 28, 2004. Anais... Curitiba: ANPAD, 2004.

GARRISON, Ray H.; NOREEN, Eric W. **Contabilidade gerencial**. Tradução José Luiz Paravato. 9 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2001.

GARTNER, Ivan Ricardo. Metodologia Alternativa para Avaliação do Desempenho e Risco Econômico-Financeiro de Empresas. In.: **Encontro da ANPAD**, 29, 2005. Anais... Brasília: ANPAD, 2005.

GHALAYINI, Alaa M.; NOBLE, James S. The changing basis of performance measurement. **International Journal of Operations & Production Management**, v.16, n. 8, p. 63-80, 1996. Disponível em: <<http://www.emeraldinsight.com/10.1108/01443579610125787>>. Acesso em: 27 abr. 2007.

GHALAYINI, Alaa M.; NOBLE, James S.; CROWE, Thomas J. An integrated dynamic performance measurement system for improving manufacturing competitiveness. **International Journal of Production Economics**, v.48. n. 3, p. 207-225, fev./1997. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/B6VF8-3T7HKY9-1/2/bb976dc7286fa5f5be521e31301ef2bda>>. Acesso em: 27 abr. 2007.

GITMAN, Lawrence J. **Princípios de administração financeira**: essencial. Tradução: Jorge Ritter. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

GOLDSTEIN, Susan Meyer; WARD, Peter T. Performance Effects of Physicians' Involvement in Hospital Strategic Decisions. **Journal of Service Research**, v.6, n.4, p. 361-372, 2004. Disponível em: <<http://jsr.sagepub.com/cgi/content/abstract/6/4/361#BIBL>>. Acesso em: 07 maio 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociais municipais**, 2000. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indicadores\\_sociais\\_municipais/abela1b.shtml](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indicadores_sociais_municipais/abela1b.shtml)>. Acesso em: 10 ago. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População residente**, em 1º de abril de 2007, segundo os municípios. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/popmunic2007la.youtTCU14112007.xls>>. Acesso em: 10 ago. 2007.

ITTNER, Christopher D.; LARCKER, David F.; RAJAN, Madhav V. The choice of performance measures in annual bonus contracts. **The Accounting Review**, v. 72, n.2, p. 231-255, abr.1997.

JUNG, Gladis; JACQUES, Édison. Análise do Desempenho Hospitalar: uma abordagem através do Balanced Scorecard e do pensamento sistêmico. In.: **Encontro da ANPAD**, 30, 2006. Anais... Salvador: ANPAD, 2006.

KAY, Jay F. L. Health Care Benchmarking. **Medical Bulletin**, v.12, n.2, fev./2007. Disponível em: <<http://www.fmshk.org/database/articles/06mbdrflkay.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2008

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. The balanced scorecard - Measures that drive performance. **Harvard Business Review**, p.71-79, jan./fev.1992. Disponível em: <<http://library.tmu.edu.tw/news/%5BHarvard%20Business%20Review%20-%20January-February%201992%5D%20-%20Kaplan%20&%20Norton%20-%20The%20Balanced%20Scorecard%20-%20Measures%20That%20Drive%20Pe.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2007.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. **A Estratégia em Ação: Balance Scorecard**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. Transforming the Balanced Scorecard from Performance Measurement to Strategic Management: Part I. **Accounting Horizons**, v.15, n 1, p. 87-104, mar.2001.

KEATING, S. Determinants of divisional performance evaluation practices. **Journal of Accounting and Economics**, v.24, n.3, p.243-274, dez.1997. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/B6V87-3V5MBT2-7/2/173b58635f12781c490809744efccd85>>. Acesso em: 27 abr. 2007.

KIRKPATRICK, Sharon. Benchmarking as a Tool for Public Health and Health Promotion. **Ontario Health Promotion E-Bulletin**, ago. 2001. Disponível em: <[http://www.ohpe.ca/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=149](http://www.ohpe.ca/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=149)>. Acesso em: 16 fev. 2008.

KOTAKA, Filomena; PACHECO, Maria Lícia R.; HIGAKI, Yasue. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.2, abr.1997. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000200011](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000200011)>. Acesso em: 07 maio 2007.

KUMAR, Piyush. The Impact of Performance, Cost, and Competitive Considerations on the Relationship between Satisfaction and Repurchase Intent in Business Markets. **Journal of Service Research**, v. 5, n. 1, p.55-68, ago.2002. Disponível em: <<http://jsr.sagepub.com>>. Acesso em: 17 abr. 2007.

- LEMME, Antonio C; NORONHA, Gerson; RESENDE, José B. A satisfação do usuário em hospital universitário. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n.1, fev.1991. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101991000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101991000100009&script=sci_arttext)>. Acesso em 17 abr. 2007.
- MACEDO-SOARES, T. Diana L. A. de; RATTON, Cláudio A. Medição de desempenho e estratégias orientadas para o cliente. **Revista de administração de empresas (RAE)**, São Paulo, v. 39, n 4, p. 46-59, out./dez. 1999.
- MAHER, Michael. **Contabilidade de custos: criando valor para a administração**. Tradução José Evaristo dos Santos. São Paulo: Atlas, 2001.
- MARINHO, Alexandre. **Hospitais universitários: indicadores de utilização e análise de eficiência**. Rio de Janeiro: IPEA, 2001. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/pub/td/td\\_2001/td\\_0833.pdf](http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2001/td_0833.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2007. (Texto para discussão n. 833).
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- MARION, José Carlos. **Análise das demonstrações contábeis: contabilidade empresarial**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- MARTINS, Domingos. **Gestão financeira de hospitais**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- MATARAZZO, Dante Carmine. **Análise financeira de balanços: abordagem básica e gerencial**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- MILAN, Gabriel Sperandio; RIBEIRO, José Luis Duarte. A influência do departamento de pós-vendas na retenção de clientes: um estudo qualitativo em uma empresa de medicina de grupo. **Gestão & Produção**, Porto Alegre, v.10, n.2, p.197-216, ago. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v10n2/a06v10n2.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2007.
- MIRANDA, Luiz Carlos; SILVA, José Dionísio Gomes da. Medição de desempenho. Medição de desempenho. In.: SCHMIDT, Paulo (Org), *et al.* **Controladoria: agregando valor para a empresa**. Porto Alegre: Bookman, 2002. p. 131-154.
- MIYABARA, Walter; FRANKLIN, Marcos Antônio; GARDESANI, Roberto. A cultura e comportamento em relação à informação e sua conexão com o desempenho competitivo: uma aplicação na indústria de autopeças para veículos. In.: **Encontro da ANPAD, 28**, 2004. Anais... Curitiba: ANPAD, 2004.
- MOERS, Frank. Financial and non-financial performance measures and managerial short-term orientation: the interactive effect of performance targets. MARC Working Paper, 2000. Disponível em: <<http://www.som.cranfield.ac.uk/som/research/centres/cbp/pma/FORUM%20-%20non-fiancial%20pm.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2008.

MOSIMANN, Clara Pellegrinello e FISCH, Silvio. **Controladoria: seu papel na administração de empresas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

NEELY, Andy; GREGORY, Mike; PLATTS, Ken. Performance measurement system design: A literature review and research agenda. **International Journal of Operations & Production Management**. v.15. n. 4, p. 80-116, 1995. Disponível em: <<http://www.emeraldinsight.com/10.1108/01443570510633639>>. Acesso em: 27 abr. 2007.

O'MARA, Charles E. *et al.* Performance measurement and strategic change. **Managing Service Quality**. v. 8, n. 3, p. 179-182, 1998.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Planejamento estratégico**. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

PEREZ JUNIOR, José Hernandez; PESTANA, Armando Oliveira; FRANCO, Sérgio Paulo Cintra. **Controladoria de gestão: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 1995.

PURBEY, Shankar; MUKHERJEE, Kampan; BHAR, Mukherjee. Performance measurement system for healthcare processes. **International Journal of Productivity and Performance Management**, v. 56, n. 3, p. 241-251, 2007. Disponível em: <[www.emeraldinsight.com/1741-0401.htm](http://www.emeraldinsight.com/1741-0401.htm)>. Acesso em: 03 dez. 2007.

RAUPP, Fabiano Maury; MARTINS, Samuel João; BEUREN, Ilse Maria. **Utilização de controles de gestão nas maiores indústrias catarinenses**. Revista de Contabilidade e Finanças. São Paulo: USP, n. 40, p. 120-132, jan./abr. 2006. Disponível em: <[http://www.eac.fea.usp.br/cadernos/completos/cad40/dtrabalho\\_fabiano\\_samuel\\_ils\\_e\\_pg120a132.pdf](http://www.eac.fea.usp.br/cadernos/completos/cad40/dtrabalho_fabiano_samuel_ils_e_pg120a132.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2007.

RODRIGUES, Vanessa A.; PERROCA, Márcia G.; JERICÓ, Marli C. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. **Ciências da Saúde**, v.11, n.4, p.210-214, out.-dez. 2004. Disponível em: <[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/Vol-11-4/03%20-%20id%2070.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-4/03%20-%20id%2070.pdf)>. Acesso em: 22 dez. 2007.

ROLSTADAS, A. Enterprise performance measurement. **International Journal Operations & Production Management**. v. 8, n. 9/10, 989-999, 1998. Disponível em: <<http://www.emeraldinsight.com/10.1108/01443579810225577>>. Acesso em: 27 abr. 2007.

REIS, Solange Garcia; NEVES JÚNIOR, Idalberto José; MORGAN, Beatriz Fátima. Determinantes de metas para avaliação de desempenho de agências bancárias. **Congresso USP Controladoria e Contabilidade**, 5, 2005. Anais... São Paulo: USP, 2005. Disponível em: <<http://www.congressoeac.locaweb.com.br/artigos52005/161.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2007.

SAID, Amal A.; HASSABELNABY, Hassan R; WIER, Benson. An Empirical Investigation of the Performance Consequences of Nonfinancial Measure. **Journal of Management Accounting Research**; 2003; 15, ABI/INFORM Global, p. 193.

SANTANA, William; CASTRO, Jorge Abrahão. **Determinantes do Desempenho Financeiro das Empresas Públicas Municipais Prestadoras dos Serviços de Água e Saneamento no Brasil**. In.: **Encontro da ANPAD**, 29, 2005. Anais... Brasília: ANPAD, 2005.

SANTOS, Inêz Manuele dos; MEDEIROS, Denise Dumke de. Avaliação de desempenho em empresas de serviços: um modelo para avaliar empresas certificadas com a norma ISO 9001:2000. **Interfaces de Saberes**. Caruaru: FAFICA, v.6, n.1, 2006. Disponível em: <<http://interfacesdesaberes.fafica.com/seer/ojs/include/getdoc.php?id=32&article=22&mode=pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2007.

SHANK, John K.; GOVINDARAJAN, Vijay. Como reinventar e redefinir sua estratégia de custos para vencer em mercados crescentes e competitivos. In: **A revolução dos custos**. Tradução de Luiz Orlando Coutinho Lemos. 7. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

SCHVIRCK, Eliandro; GIASSON, Oldair Roberto. Diferenças nos indicadores de desempenho de empresas que fazem e que não fazem reavaliação de ativos. In: **Congresso USP de Iniciação Científica**, 3, 2006. Anais... São Paulo: USP, 2006. Disponível em: <<http://www.congressoeac.locaweb.com.br/artigos62006/408.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2007.

SIEGEL, Sidney. **Estatística não paramétrica para as ciências do comportamento**. Tradução: Alfredo Alves de Faria. São Paulo: McGRAW-HILL, 1975.

SILVA, Maria Daniella de O. Pereira *et alli*. 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. Anais... São Paulo: USP, 2006. Disponível em: <<http://www.congressoeac.locaweb.com.br/artigos32006/557.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2007.

SILVA, Sabrina Soares; FERREIRA, Patrícia Aparecida. Estratégias de gestão financeira para a criação e destruição de valor. In.: **Congresso USP de Iniciação Científica**, 3, 2006. Anais... São Paulo: USP, 2006. Disponível em: <<http://www.congressoeac.locaweb.com.br/artigos62006/406.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2007.

STRIVES, B. P.; COVIN, T. J; HALL, N.G.; SMALT, S. W. How nonfinancial performance measures are used: Survey of Fortune 500 and Canadian Post 300 executives. **Management Accounting**, n. 44, fev.1998.

TAKASHINA, N.T.; FLORES, M.C.X. **Indicadores de qualidade e do desempenho: como estabelecer metas e medir resultados**. Rio de Janeiro, Qualitymark, 2005.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

VIRGILLITO, Salvatore Benito. **Estatística aplicada: para os cursos de graduação e pós-graduação em administração de empresas, economia, marketing, comércio**

exterior e ciências contábeis com exemplos resolvidos e comentados. 3. ed. São Paulo: 2006.

WHITE, Gregory P. A survey and taxonomy of strategy-related performance measures for manufacturing. **International Journal of Operations & Production Management**, v.16, n.3, p.42-61, 1996. Disponível em: <<http://www.emeraldinsight.com/10.1108/01443579610110486>>. Acesso em: 27 abr. 2007.

ZUCCHI, Paola; BITTAR, Olímpio J. Nogueira V.; HADDAD, Nagib. Produtividade em hospitais de ensino no estado de São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.4, n.5, p.311-316, nov./1998, Washington. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v4n5/4n5a4.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2007.

**APÊNDICE A – OFÍCIO PARA AUTORIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS**

Ofício 08/2007-PPGCC

Natal, 8 de outubro de 2007.

Ilmo.(a) Sr.(a) Diretor(a)

Vimos à presença de V. Sa. solicitar que seja autorizado o fornecimento dos dados sobre as medidas de desempenho do hospital. Tais dados serão utilizados para fins exclusivamente acadêmicos, subsidiando a dissertação da aluna Edzana Roberta Ferreira da Cunha Vieira, cujo objetivo é a obtenção do título de Mestre em Ciências Contábeis, do Programa Multiinstitucional e Inter-regional de Pós-graduação em Ciências Contábeis – área de concentração “Mensuração Contábil” – da Universidade de Brasília, Universidade Federal da Paraíba e Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

A referida pesquisa visa identificar as principais características da medição de desempenho organizacional dos hospitais do estado Rio Grande do Norte, para alcançá-lo não serão identificados os respondente e sua respectiva instituição. O instrumento de coleta de dados será um questionário que a pesquisadora aplicará diretamente na organização junto ao contador, administrador ou diretor.

Atenciosamente,

---

Edzana Roberta F. da Cunha Vieira  
Telefone: (84)3234-3127/ (84) 8804-0183  
Fax: (84) 3215-3481  
e-mail: edzana@hotmail.com

## APÊNDICE B – CARTA DE APRESENTAÇÃO



### CARTA DE APRESENTAÇÃO

Natal, 8 de outubro de 2007.

Prezado(s) Senhor(es),

A mestranda **Edzana Roberta F. da Cunha Vieira**, está realizando a pesquisa **CARACTERÍSTICAS DA MEDIÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL**: um estudo descritivo nos hospitais do Estado do Rio Grande do Norte, sob orientação da professora Dr<sup>a</sup>. Aneide de Oliveira Araújo. O referido estudo visa contribuir para o conhecimento dos processos bem como dos instrumentos utilizados na gestão as instituições hospitalares.

Solicitamos a Vossa(s) Senhoria(s) a gentileza de auxiliá-la no acesso às informações necessárias, pelo que lhe(s) somos antecipadamente gratos.

Oportunamente teremos o prazer em enviar-lhes os resultados da pesquisa e colocamo-nos à disposição de V.Sas. na PPGCC – Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis.

Atenciosamente,

---

Edzana Roberta F. da Cunha Vieira  
 Telefone: (84)3234-3127/ (84) 8804-0183  
 Fax: (84) 3215-3481  
 e-mail: edzana@hotmail.com

## APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE PESQUISA



### CARACTERÍSTICAS DA MEDIÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL: um estudo descritivo nos hospitais do Estado do Rio Grande do Norte

#### FORMULÁRIO

#### Caracterização do respondente, do gestor e da empresa

#### QUESTÕES SOBRE O RESPONDENTE

1 Cargo/função na empresa do respondente?

- A- ( ) Sócio Gerente
- B- ( ) Gerente/administrador
- C- ( ) Proprietário
- D- ( ) Contador
- E- ( ) Supervisor
- F- ( ) Diretor
- D- ( ) Outros: \_\_\_\_\_

2 Tempo de experiência neste ramo de atividade, em anos, (respondente): \_\_\_\_\_

#### QUESTÕES SOBRE O GESTOR

3 Grau de instrução do gestor:

- |                                   |                  |                |
|-----------------------------------|------------------|----------------|
| A- ( ) Ensino Superior            | 1 ( ) Incompleto | 2 ( ) Completo |
| B- ( ) Pós-graduação              | 1 ( ) Incompleto | 2 ( ) Completo |
| C- ( ) Ensino Médio               | 1 ( ) Incompleto | 2 ( ) Completo |
| D- ( ) Outros. Especificar: _____ |                  |                |

4 Áreas de conhecimento do gestor?

- |                           |                      |
|---------------------------|----------------------|
| A- ( ) Medicina           | B- ( ) Administração |
| C- ( ) Ciências Contábeis | D- ( ) Economia      |
| E- ( ) Outra: _____       |                      |

5 Estilo de gestão:

- A- ( ) As decisões são concentradas no gestor geral
- B- ( ) As decisões são concentradas entre os diversos gestores ou chefias
- C- ( ) As decisões são compartilhadas entre todos

#### QUESTÕES SOBRE A EMPRESA

6 Quantos funcionários a empresa possui?

- |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| A-( ) até 100         | D-( ) entre 301 e 400 |
| B-( ) entre 101 e 200 | E-( ) entre 401 e 500 |
| C-( ) entre 201 e 300 | F-( ) acima de 500    |

- 7 A organização possui algum tipo de assessoria profissional? (marque quantas houver)
- A-( ) Contábil  
 B-( ) Engenharia  
 C-( ) Jurídica  
 D-( ) Outras. Especificar \_\_\_\_\_  
 E-( ) Não possui

- 8 A natureza jurídica dessa entidade é:
- |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| A-( ) Pública                     | C-( ) Privada sem fins lucrativos |
| B-( ) Privada com fins lucrativos | D-( ) Mista                       |

- 9 Porte do Hospital, segundo classificação do SUS, conforme portaria 2.224 de setembro de 2002:
- |                            |                             |
|----------------------------|-----------------------------|
| A-( ) Hospital de Porte I  | C-( ) Hospital de Porte III |
| B-( ) Hospital de Porte II | D-( ) Hospital de Porte IV  |

*Caso desconheça a classificação acima responda as questões de 11 a 17.*

- 10 Quantos leitos existem na entidade?
- |                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| A-( ) de 20 a 49  | C-( ) de 150 a 299 |
| B-( ) de 50 a 149 | D-( ) 300 ou mais  |

- 11 Dos leitos existentes quantos são UTI?
- |                  |                  |
|------------------|------------------|
| A-( ) de 1 a 4   | C-( ) de 10 a 29 |
| B-( ) de 5 a 9   | D-( ) 30 ou mais |
| E-( ) NÃO POSSUI |                  |

- 12 Qual o tipo da UTI?
- |                  |                |
|------------------|----------------|
| A-( ) Tipo II    | B-( ) Tipo III |
| C-( ) NÃO POSSUI |                |

- 13 Quantidade de serviço de alta complexidade (Serviços/Centros de Alta Complexidade em Assistência Cardiovascular, tratamento das Lesões Lábio Palatais e Implante Coclear, Neurocirurgia, Traumatologia-Ortopedia, Tratamento Cirúrgico da Epilepsia, Assistência a Queimados, Oncologia, Cirurgia Bariátrica e Transplantes)?
- |         |                 |
|---------|-----------------|
| A-( ) 1 | C-( ) 3         |
| B-( ) 2 | D-( ) 4 ou mais |

- 14 Em relação a urgência e emergência, este hospital presta serviço de:
- A-( ) Pronto Atendimento (que presta serviço de urgências em pediatria e clínica médica)  
 B-( ) Urgência/Emergência (que presta serviço de urgências e emergências em pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ortopedia e anestesia)  
 C-( ) Referência Nível I ou II (para Hospital integrante do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências)

D-( ) Referência Nível III (para Hospital integrante do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências)

15 Quanto à gestação de Alto Risco, este hospital enquadra-se em:

A-( ) Nível I

B-( ) Nível II

C-( ) Sem resposta

D-( ) Outros: \_\_\_\_\_

16 Dos leitos existentes no hospital quantos se destinam à atividade cirúrgica.

A-( ) até 2

C-( ) entre 5 e 6

B-( ) entre 3 e 4

D-( ) acima de 8

### Características da medição de desempenho dos hospitais

17 A empresa possui declaração de missão (objetivo fundamental da empresa, que constitui na verdadeira razão de sua existência, caracterizando e direcionando o modo de atuação e assume um caráter permanente)?

A-( ) Sim

B-( ) Não

18 Níveis de planejamento realizado pela organização:

A-( ) Estratégico

C-( ) Operacional

B-( ) Tático

D-( ) Não planeja

19 A entidade elabora orçamento?

A-( ) Sim

B-( ) Não

20 Finalidade do orçamento:

A-( ) Exigência da Lei 4.320/64 - Pleitear recursos

B-( ) Comparar planejado com executado

C-( ) Não elabora orçamento

D-( ) Outros \_\_\_\_\_

21 A entidade divulga seus planos, estratégias e metas:

A-( ) Entre os proprietários

E-( ) Entre todos os colaboradores

B-( ) Proprietários e gerentes

F-( ) Não divulga

C-( ) Entre as chefias/ mantenedores

22 Essa divulgação é realizada:

A-( ) Diariamente

E-( ) Trimestralmente

B-( ) Semanalmente

F-( ) Nunca

C-( ) Mensalmente

G-( ) Outros. Especificar \_\_\_\_\_

D-( ) Bimestralmente

23 As decisões são tomadas com base em:

A-( ) Intuição do gestor

B-( ) Relatórios e indicadores

C-( ) Outro \_\_\_\_\_

24 Qual são os relatórios utilizados para a análise de seus resultados?

A-( ) Relatório financeiro

B-( ) Relatório não financeiro

- C-( ) Tanto o relatório financeiro quanto o não financeiro  
D-( ) Não analisa.

25 Caso a resposta à pergunta anterior seja relatórios financeiros, qual a periodicidade de sua elaboração?

- A-( ) Diariamente  
B-( ) Semanalmente  
C-( ) Mensalmente  
D-( ) Bimestralmente  
E-( ) Trimestralmente  
F-( ) Não elabora  
G-( ) Outros. Especificar \_\_\_\_\_

26 Caso a resposta à pergunta anterior seja relatórios não financeiros, qual a periodicidade de sua elaboração?

- A-( ) Diariamente  
B-( ) Semanalmente  
C-( ) Mensalmente  
D-( ) Bimestralmente  
E-( ) Trimestralmente  
F-( ) Não elabora  
G-( ) Outros. Especificar \_\_\_\_\_

27 A organização avalia seu desempenho?

- A-( ) Sim  
B-( ) Não

28 Caso a resposta a pergunta anterior seja sim. A avaliação auxilia na tomada de decisão da empresa?

- A-( ) Sim  
B-( ) Não  
C-( ) Não avalia.

29 Quem é o responsável pela coleta de dados indicadores de desempenho da empresa?

- A-( ) Proprietário  
B-( ) Diretor ou gestor ou chefes  
C-( ) Funcionário da empresa especialmente mobilizado para a coleta dos dados  
D-( ) Contador  
E-( ) Não avalia: \_\_\_\_\_

30 A instituição compara o seu desempenho com o de outras organizações de características similares?

- A-( ) Sim  
B-( ) Não  
C-( ) Às vezes

31 Caso a resposta à pergunta anterior seja Sim ou Às vezes, quais são as principais fontes de informação para se realizar as comparações?

- A-( ) Pesquisas realizadas em empresas com características similares  
B-( ) Periódicos ou *sites* especializados do setor  
C-( ) Informações de consultores  
D-( ) Não realiza comparação  
E-( ) Outros. Especificar: \_\_\_\_\_

32 Na tabela abaixo, indique os indicadores utilizados para medir o desempenho organizacional e a importância deles para sua instituição (em uma escala de 1 – quando pouco importante - a 5 - quando muito importante para o hospital.



**ANEXO A – PORTARIA N.º 2.224/02****MINISTÉRIO DA SAÚDE****GABINETE DO MINISTRO****PORTARIA N.º 2.224, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2002****DO 236 , de 6/12/02**

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a grande quantidade e diversidade de instituições hospitalares existentes no País, vinculadas ao Sistema Único de Saúde;

Considerando a necessidade de estabelecer políticas e planejamento de ações específicas, a serem desenvolvidas pelo Ministério da Saúde na área hospitalar, e que estas sejam compatíveis com as características de cada hospital integrante do Sistema;

Considerando as diferentes características destes hospitais, especialmente no que diz respeito ao número de leitos disponíveis, existência e complexidade de serviços, perfil assistencial, capacidade de produção de serviços, dentre outras;

Considerando que somente a análise do conjunto destas características permitirá identificar as semelhanças para estabelecer uma classificação, visando sua inserção no Sistema Único de Saúde, definindo o grau de complexidade de sua gestão, o nível de responsabilidade sanitária e direcionamento assistencial;

Considerando que a classificação hospitalar se dará a partir do agrupamento dos hospitais com características semelhantes, sistematizando, desta forma, o conhecimento sobre grupos de hospitais e facilitando a adoção de políticas e de planejamento já citadas;

Considerando as sugestões apresentadas à Secretaria de Assistência à Saúde no processo promovido pela Consulta Pública SAS/MS n.º 03, de 14 de maio de 2002 - Anexo I, e

Considerando que uma classificação deva refletir fielmente a realidade de cada uma das instituições hospitalares e que esta realidade tenha relação direta com as informações cadastrais disponíveis sobre cada instituição, resolve:

Art. 1º Estabelecer o sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. A classificação cujo sistema é ora estabelecido será aplicada aos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, ordenando-os, de acordo com suas características, em um dos seguintes Portes:

- a - Hospital de Porte I;
- b - Hospital de Porte II;
- c - Hospital de Porte III;
- d - Hospital de Porte IV.

Art. 2º Determinar que a classificação de cada hospital se dará segundo seu enquadramento em um dos Portes estabelecidos no Artigo 1º desta Portaria, de acordo com o somatório de pontos obtidos nos respectivos intervalos de pontos estabelecidos para cada Porte.

Art. 3º Determinar que o enquadramento de cada hospital em um dos Portes estabelecidos no Artigo 1º desta Portaria se dará respeitando o intervalo de pontos atribuídos para cada Porte, conforme definido no Artigo 4º desta Portaria, considerando o somatório da pontuação alcançada como resultado da aplicação dos itens de avaliação, definido pela seguinte Tabela de Pontuação:

PONTOS POR ITEM	ITENS DE AVALIAÇÃO							PONTOS TOTAIS
	A N.º DE LEITOS.	B LEITOS DE UTI	C TIPO DE UTI	D ALTA COMPLEXIDADE	E URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	F GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	G SALAS CIRÚRGICAS	
1 Ponto	20 a 49	01 a 04	-----	1	Pronto Atendimento	-----	Até 02	Mínimo 1
2 Pontos	50 a 149	05 a 09	Tipo II	2	Serviço de Urgência/Emergência	Nível I	Entre 03 e 04	
3 Pontos	150 a 299	10 a 29	-----	3	Referência Nível I ou II	Nível II	Entre 05 e 06	Máximo 27
4 Pontos	300 ou mais	30 ou mais	Tipo III	4 ou mais	Referência Nível III	-----	Acima de 08	

§ 1º A verificação do cumprimento dos Itens de Avaliação estabelecidos na Tabela de Pontuação definida no caput deste Artigo e sua respectiva pontuação

serão realizadas pela Secretaria de Assistência à Saúde, no momento da Classificação Hospitalar, por meio de consulta ao Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde, criado pela Portaria SAS/MS N.º 511, de 29 de dezembro de 2000, disponível no Departamento de Informática do SUS - DATASUS;

§ 2º A pontuação dos hospitais, para fins de classificação, terá como base a Tabela de Pontuação e serão realizados pela atribuição dos respectivos números de pontos previstos nas colunas denominadas “Pontos por Item” e identificadas pelas letras de “A” a “G”, em cada um dos “Itens de Avaliação”, sendo que o somatório dos pontos obtidos será utilizado, segundo os intervalos de pontuação estabelecidos no Artigo 4º desta Portaria, para enquadramento do Hospital em seu correspondente Porte;

§ 3º A avaliação e enquadramento dos hospitais, no momento da Classificação Hospitalar, em cada um dos “Itens de Avaliação” se dará de acordo com os seguintes entendimentos estabelecidos:

Leitos Cadastrados: Coluna “A”- será considerado o quantitativo total dos leitos existentes no hospital cadastrados no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, contratados ou não pelo SUS;

Leitos de UTI: Coluna “B” - será considerado o quantitativo de leitos cadastrados em Unidade(s) de Terapia Intensiva (Adulto, Neonatal e Pediátrica), independentemente da classificação de tipo de UTI;

Tipo de UTI: Coluna “C” - será considerado o cadastramento de UTI no Sistema Único de Saúde de acordo com seu Tipo II ou III (conforme Portaria GM/MS nº 3432, de 12 de agosto de 1998), sendo que na hipótese da existência de mais de uma unidade cadastrada, será pontuada apenas uma delas - aquela que corresponder ao maior número de pontos;

Alta Complexidade: Coluna “D” - será considerado o quantitativo de serviços de alta complexidade existentes no hospital e devidamente cadastrados/contratados pelo SUS, podendo ser computados para tanto: Serviços/Centros de Alta Complexidade em Assistência Cardiovascular (não serão computados Hospitais Gerais com Serviço de Implante de Marcapasso Permanente), tratamento das Lesões Lábio Palatais e Implante Coclear, Neurocirurgia, Traumato-Ortopedia, Tratamento Cirúrgico da Epilepsia, Assistência a Queimados, Oncologia, Cirurgia

Bariátrica e Transplantes (considerar como 1 sistema o cadastro para realização de transplante de cada tipo de órgão);

Urgência/Emergência: Coluna “E” - será considerada a existência (1) de Serviço de Pronto Atendimento nas 24 horas do dia com equipe presente, pelo menos, de urgências em pediatria e clínica médica, ou equipe da especialidade(s) oferecida no caso de hospitais especializados, ou (2) de Serviço de Urgência e Emergência com atendimento nas 24 horas do dia, com equipe presente, de urgências e emergências em pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ortopedia e anestesia, todos disponíveis para o SUS, ou ainda (3) a existência de Serviço de Urgência e Emergência cadastrado pelo Ministério da Saúde segundo a Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999, em Hospital integrante do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, de acordo com seus respectivos Níveis I, II ou III;

Gestação de Alto Risco: Coluna “F” - será considerada a existência de Serviço de Atendimento de Gestação de Alto Risco cadastrado pelo Ministério da Saúde segundo a Portaria GM/MS Nº 3477, de 20 de agosto de 1988, como Hospital integrante do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento à Gestação de Alto Risco, de acordo com seus respectivos Níveis I e II;

Salas Cirúrgicas: Coluna “G” - será considerado o quantitativo total de salas cirúrgicas existentes no hospital.

Art. 4º Estabelecer que o total de pontos obtido, resultante da aplicação da Tabela de Pontuação constante do Artigo 3º, levará ao enquadramento dos hospitais no Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde em seu correspondente Porte, de acordo com o definido no Artigo 1º e em conformidade com o que segue:

Porte I - de 01 a 05 pontos

Porte II - de 06 a 12 pontos

Porte III - de 13 a 19 pontos

Porte IV - de 20 a 27 pontos

Art. 5º Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde, utilizando-se dos dados do Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde disponível no DATASUS e dos critérios estabelecidos nesta Portaria, classifique, em seus respectivos Portes, todos os hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde.

§1º Aquelas instituições que realizam internações de pacientes e dispõem de 05 a 19 leitos instalados e informados no Banco de Dados mencionado no caput deste Artigo não serão objetos da Classificação Hospitalares ora estabelecida, passando estas instituições a serem consideradas e denominadas pelo Ministério da Saúde como Unidades Mistas de Internação - UMI, sendo que a Secretaria de Assistência à Saúde, em ato próprio, deve definir o perfil assistencial destas Unidades;

§ 2º Aquelas instituições que disponham de 05 a 19 leitos instalados e realizem atendimento especializado, desde que cumpridos os respectivos requisitos técnicos para tal, e sejam devidamente cadastradas no Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde - DATASUS nas especialidades de cardiologia, oftalmologia, psiquiatria, tratamento da AIDS e serão enquadradas, para fins de Classificação Hospitalar, no Porte I;

§ 3º Aquelas instituições que disponham de 19 ou menos leitos instalados e cadastradas em conformidade com o estabelecido na Portaria GM/MS Nº 44, de 10 de janeiro de 2001, serão enquadradas como Unidades de Hospital-Dia.

Art. 6º Definir que aquele hospital cujo enquadramento no respectivo Porte da Classificação Hospitalar realizada pelo Ministério da Saúde não coincidir com a efetiva realidade dos serviços deste hospital, poderá solicitar à Secretaria de Assistência à Saúde sua reclassificação;

§ 1º Para solicitar reclassificação, o hospital deverá providenciar junto ao respectivo gestor do SUS, o preenchimento/atualização de sua Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde, conforme modelo aprovado pela Portaria SAS/MS n.º 511/2000, que deverá ser implantada no DATASUS, e enviar cópia desta Ficha, devidamente autorizada e assinada pelo respectivo gestor, à Secretaria de Assistência à Saúde, comprovando desta forma o enquadramento no Porte de classificação pretendido.

Art. 7º Determinar à Secretaria de Assistência à Saúde a adoção das medidas necessárias ao pleno cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 8º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

BARJAS NEGRI