

**CLÁUDIO RODRIGO DE PINA**

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL: O Estudo de  
um Hospital Filantrópico Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no  
Estado de Goiás-Brasil**

**Orientador: Professor Doutor António Augusto Teixeira da Costa**

**Co-Orientador: Professor Doutor Eduardo Braz Pereira Gomes**

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Ciências Económicas e das Organizações**

**LISBOA**

**2018**

**CLÁUDIO RODRIGO DE PINA**

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL: O Estudo de**  
**um Hospital Filantrópico Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no**  
**Estado de Goiás-Brasil**

Dissertação defendida em prova pública na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, para a obtenção do grau de Mestre em Gestão de Empresas, no dia 15 de Março de 2018, perante o júri, nomeado pelo Despacho Reitoral nº90/2018 de 28 de Fevereiro de 2018, com a seguinte composição:

Presidente do Júri: Professora Doutora Ana Brasão

Arguente: Professor Doutor Mário Negas

Orientador: Professor Doutor António Augusto Teixeira da Costa

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Ciências Económicas e das Organizações**

**LISBOA**

**2018**

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

**DEDICATÓRIA**

Dedico essa dissertação  
aos meus pais Milton e Marly,  
à minha amada esposa Mábhia,  
e à Faculdade de Tecnologia GAP.

## **AGRADECIMENTOS**

Por esta obra, manifesto meus agradecimentos primeiramente a Deus, pelo sopro de vida a mim concedido, por me proporcionar saúde, por ouvir minhas preces e me conceder força, sabedoria e resiliência para concluir meus objetivos e, finalmente, por cruzar o meu caminho com o de tantas outras pessoas que me ajudaram e me motivaram a seguir firme no propósito deste trabalho.

Agradeço aos meus Pais os quais, com muita dificuldade enfrentaram barreiras para me manter na escola, que me cobraram disciplina, comprometimento, ética, boas notas e por me mostrar que o meu sucesso depende de minhas escolhas e atitudes.

Agradeço à minha querida esposa por me apoiar incondicionalmente e me incentivar na conquista desse desafio, por compartilhar dos meus sonhos e principalmente pela compreensão e paciência nos momentos que estive ausente.

Aos meus familiares e amigos, meus agradecimentos por entenderem minha ausência do convívio tão agradável se suas companhias e também pelas palavras de apoio e incentivo.

Agradeço a Faculdade de Tecnologia GAP pelo privilégio de fazer parte desse time de sucesso, pelo incentivo para a realização do mestrado e pela oportunidade de cursá-lo com subsídio.

A Coordenação do Mestrado e equipe de apoio, agradeço pela atenção e dedicação extraordinárias empenhadas para proporcionar as melhores condições para o desenvolvimento deste mestrado e pela experiência excepcional vivida durante o letivo.

À Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias e em especial ao Prof. Dr. Antônio Augusto, meus agradecimentos pela parceria firmada no Brasil para a realização desse mestrado, pelos ensinamentos e pela agradável companhia.

Aos Mestres Paulo Henrique, Polyanna e Christian, agradeço imensamente pelo carinho, pelas oportunidades, por estarem sempre comigo incentivando e me provocando a ser uma pessoa e um profissional melhor, e finalmente pela honra de tê-los como grandes amigos e mentores.

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

Agradeço aos Doutores, membros do quadro docente deste mestrado, por tamanha dedicação e compromisso, pela qualidade didático/pedagógico das aulas, pelo peso do conteúdo abordado e por contribuir tão significativamente com a nossa formação.

Ao Prof. Dr. Eduardo Braz, fiquei imensamente satisfeito e agradecido por aceitar o convite para ser o orientador da minha dissertação, agradeço pelo empenho, pela paciência e comprometimento.

Aos colegas de turma que conheci nesta jornada e que levarei a amizade para a vida, agradeço pela agradável companhia, pelos calorosos debates, pela parceria, pelas caronas e especialmente pela significativa contribuição para a nossa formação neste mestrado.

Por fim, e não menos importante, agradeço à Associação Hospital São Pio X por me acolher tão gentilmente e por contribuir de maneira impar para o desenvolvimento dessa dissertação.

## **RESUMO**

O objetivo dessa dissertação é identificar os indicadores de desempenho básicos para um sistema de ADO (Avaliação de Desempenho Organizacional) aplicável em hospitais de natureza filantrópica. Para tanto, será avaliada a existência e funcionalidade de um sistema de ADO no hospital objeto dessa pesquisa; as características dos indicadores de desempenho utilizados; a percepção dos gestores quanto aos benefícios e dificuldade na aplicação do sistema de ADO; a relação entre indicadores e objetivos estratégicos; e por fim será proposto um modelo de ADO fundamentado nos resultados dessa pesquisa e na literatura contemporânea. A metodologia adotada é de natureza aplicada, qualitativa e exploratória, assumindo como método de pesquisa o estudo de caso único. O objeto deste estudo é a Associação Hospital São Pio X, entidade hospitalar de média complexidade vinculada ao SUS (Sistema Único de Saúde). Os dados foram coletados por meio de questionários e um roteiro de entrevista, aplicadas aos gestores da entidade. Também foram analisados documentos e relatórios internos. Os resultados demonstraram a inexistência de um sistema de ADO estruturado na entidade. Foi constatada a ausência de indicadores formais e de planejamento estratégico. O desempenho da entidade é avaliado de maneira informal e casual. Contudo, foi elaborado um sistema de ADO, com indicadores estruturados conforme as referências e ajustado às particularidades da entidade. Dessa forma, a maior contribuição dessa dissertação é para evolução dos processos de avaliação de desempenho em hospitais filantrópicos.

**Palavras Chave:** Avaliação de Desempenho Organizacional, Indicadores de Desempenho, Planejamento Estratégico, Hospitais, Filantropia.

### **ABSTRAT**

The goal of this dissertation is to identify the basic performance indicators for an OPE system (organizational performance evaluation) applicable in hospitals of philanthropic nature. To do so, it analyses the existence and functionality of OPE in the philanthropic hospital object of this research; the characteristics of the performance indicators used; the perception of managers about the benefits and difficulties in the implementation of the OPE system; the relationship between strategic goals and indicators; and finally an OPE model will be proposed based on the results of this research and the current literature. The methodology is qualitative, exploratory and applied, taking as a research method a case study. The object of study is the Hospital São Pio X, a medium complexity hospital partnered to SUS (Sistema Único de Saúde). The data were collected through questionnaire and interviews, applied to hospital managers. In addition, documents and internal reports were also analyzed. The results show the absence of a system of structured in OPE entity. It was noted the absence of formal indicators and strategic planning. Currently the performance hospital is evaluated in an informal and casual way. Therefore, an OPE system is proposed, with structured indicators and fitted to the philanthropy hospital characteristics. So the dissertation main contribution is the hospital improvement performance evaluation.

**Keywords:** Organizational Performance Evaluation, Performance Indicators, Strategic Planning, Hospitals, Philanthropy, Hospital Management.

### LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADO	Avaliação de Desempenho Organizacional
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APO	Administração Por Objetivos
BSC	<i>Balanced Scorecard</i>
CCC	Coordenadores do Corpo Clínico
CCDI	Centro Clínico de Diagnóstico e Imagem
CCDI	Centro Clínico de Diagnóstico e Imagem
CEBAS	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social
CEO	<i>Chief Executive Officer</i>
CHM	Coordenação de Hotelaria e Manutenção
CI	Capital Intelectual
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CQH	Qualidade Hospitalar
DG	Direção Geral
DRE	Demonstração de Resultados do Exercício
ECG	Electrocardiograma
FEA-USP	Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FITO	Casa de Fitoterapia
FOFA	Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças
FPNQ	Fundação para Prêmio Nacional da Qualidade
GCCDI	Gerência do Centro de Clínico de Diagnóstico e Imagem
GE	<i>General Electric</i>
GRH	Gerência de Recursos Humanos
GTH	Gerência Técnica Hospitalar
HSPX	Hospital São Pio X
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AValiação de Desempenho Organizacional: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

ICIT	Indicadores de Capacidade e Infraestrutura Técnica
Indicadores de Clientes e Usuários	
<i>Integrated and Dynamic Performance Measurement System a</i>	
IDPMSb	<i>Integrated and Dynamic Performance Measurement System b</i>
IEF	Indicadores Econômico-Financeiros
II	Indicadores de Inovação
IMA	Indicadores de Meio Ambiente
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPA	Indicadores de Pessoas e Aprendizagem
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPEO	Indicadores de Processos e Eficiência Operacional
IRRF	Imposto de Renda Retido na Fonte
IS	Indicadores Sociais
KPI's	<i>Key Performance Indicator</i>
KSF	<i>Key Success Factors</i>
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MADE-O	Modelo de Avaliação de Desempenho Organizacional
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MQMD	Modelo Quantum de Medição de Desempenho
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONG	Organização Não Governamental
PIS	Programa de Integração Social
PMQ	<i>Performance Measure Questionnaire</i>
PNASS	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
PNQ	Prêmio Nacional da Qualidade
POA	Plano Operativo Anual
PP	<i>Performance Prism</i>

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

PROHASA	Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde
SAHE	Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SCD	Sete Critérios de Desempenho
SES-GO	Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
SIHUF/MEC	Sistema de Informações dos Hospitais Universitários do Ministério da Educação
SINHA	Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares
SIPAGEN	Sistema Padronizado para Gestão Hospitalar
SISPLAN	Sistema de Planejamento
SMART	<i>Strategic Measurement and Reporting Technique</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats</i>
TGA	Teoria Geral da Administração
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USG	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VCS	<i>Value Chain Scoreboard</i>
VE	<i>Value Explorer</i>
VRIO	Valor, Raridade, Imitabilidade e Organização

## **ÍNDICE GERAL**

INTRODUÇÃO.....	18
Problema de Pesquisa .....	21
Objetivo Geral.....	22
Objetivos Específicos .....	22
Justificativa .....	22
Universo e Delimitação da Pesquisa.....	24
CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	26
1.1. Os Hospitais e as Entidades Filantrópicas que os Administram.....	26
1.2. Administração Estratégica .....	32
1.2.1. Estruturas Metodológicas e Ferramentas do Planejamento Estratégico.....	35
1.2.1.1. Definição de Missão, Visão e Valores .....	37
1.2.1.2. Análise de SWOT.....	37
1.2.1.3. Modelo VRIO.....	38
1.2.1.4. As 5 Forças de Porter .....	39
1.2.1.5. Matriz BCG .....	40
1.2.1.6. Competências Essenciais.....	42
1.2.1.7. Business Model Canvas .....	43
1.2.1.8. O Plano de Negócio.....	45
1.2.2. Indicadores de Desempenho .....	46
1.2.3. Métodos de ADO.....	47
1.2.3.1. Modelo de Tableau de Bord .....	54
1.2.3.2. APO - Administração por Objetivos .....	55
1.2.3.3. Método das Áreas-Chave de Resultados .....	57
1.2.3.4. Método de Buchele.....	58
1.2.3.5. Método da Avaliação Global de Desempenho .....	59
1.2.3.6. BSC – Balanced Scorecard .....	60

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AValiação DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

1.2.3.7.	Skandia Navigator .....	63
1.2.3.8.	SIGMA Sustainability Scorecard .....	64
1.2.3.9.	Outros Modelos .....	64
1.3.	A ADO Aplicada na Gestão Hospitalar .....	65
1.3.1.	Aplicação do <i>Balanced Scorecard</i> na Gestão Hospitalar .....	67
1.3.2.	Outros Modelos de ADO Aplicados na Gestão Hospitalar .....	69
1.3.3.	A Acreditação Como Ferramenta Suporte ao ADO .....	71
CAPÍTULO II – METODOLOGIA .....		73
2.1.	Procedimento Metodológico .....	73
2.2.	Natureza da Pesquisa .....	73
2.3.	Abordagem de Pesquisa .....	74
2.4.	Quanto aos Objetivos .....	74
2.5.	Método da Pesquisa .....	75
2.6.	Definição das Variáveis .....	75
2.7.	Coleta de Dados .....	76
2.8.	Pré-Teste do Instrumento de Coleta de Dados .....	78
2.9.	Análise dos Dados .....	79
2.10.	Limitações da Metodologia .....	80
CAPÍTULO III – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS .....		81
3.1.	Caracterização da Associação Hospital São Pio X .....	81
3.1.1.	A História .....	81
3.1.2.	Localização, Estrutura e Capacidade .....	83
3.1.3.	Estrutura Organizacional .....	86
3.1.4.	Origem dos Recursos .....	92
3.2.	Perfil dos Gestores .....	94
3.3.	Avaliação da Utilização dos Indicadores .....	96
3.3.1.	Frequência Atual de Utilização dos Indicadores .....	97
3.3.2.	Frequência Desejada na Utilização dos Indicadores .....	99
3.4.	Análise do Sistema de ADO da Associação Hospital São Pio X .....	102

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AValiação de Desempenho Organizacional: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

3.4.1.	Planejamento Estratégico e Sistema de ADO da Entidade.....	103
3.4.2.	Benefícios e Dificuldades do Sistema de ADO.....	109
3.4.3.	Principais Indicadores Utilizados e suas Características.....	111
3.5.	Proposta de um Sistema de ADO .....	115
3.5.1.	Indicadores de Desempenho – Dimensão Econômico-Financeiro .....	117
3.5.2.	Indicadores de Desempenho – Dimensão Capacidade e Infraestrutura .....	118
3.5.3.	Indicadores de Desempenho – Dimensão Clientes e Usuários.....	119
3.5.4.	Indicadores de Desempenho – Dimensão Processos e Eficiência Operacional	120
3.5.5.	Indicadores de Desempenho – Dimensão Pessoas e Aprendizado.....	121
3.5.6.	Indicadores de Desempenho – Dimensão Social.....	122
3.5.7.	Encadeamento e Estratificação dos Indicadores.....	123
CONCLUSÃO.....		126
BIBLIOGRAFIA .....		131
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....		144

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1: Macrorregiões de Saúde do Estado de Goiás .....	24
Figura 2: Processo de Administração Estratégica .....	34
Figura 3: Estrutura Hierárquica dos Planejamentos .....	36
Figura 4: Matriz SWOT.....	38
Figura 5: Modelo VRIO .....	39
Figura 6: Modelo da Ferramenta As Cinco Forças de Porter .....	40
Figura 7: Matriz BCG.....	41
Figura 8: Metáfora da Árvore das Competências Essenciais .....	43
Figura 9: Business Model Canvas .....	44
Figura 10: Balanced Scorecard.....	61
Figura 11: Unidades de Saúde da Associação Hospital São Pio X .....	87
Figura 12: Organograma da Associação Hospital São Pio X.....	87
Figura 13: Dimensões do Sistema de Avaliação de Desempenho Organizacional Proposto Para a Associação Hospital São Pio X .....	116

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

**LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1: Amplitude Entre a Frequência Atual e a Frequência Desejada.....	101
--	-----

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Distribuição dos Leitos Hospitalares do HSPX.....	84
Tabela 2: Capacidade Utilizada dos Leitos do HSPX em 2016 .....	85
Tabela 3: Distribuição dos Leitos da UPA .....	85
Tabela 4: Alocação dos Colaboradores da Associação Hospital São Pio X .....	89
Tabela 5: Dimensionamento de Pessoal por Leito Hospitalar Comparado as Referencias .....	90
Tabela 6: Dimensionamento do Corpo Clínico por Leito Hospitalar Comparado a Referencias .....	92
Tabela 7: Idade dos Gestores.....	95
Tabela 8: Tempo de Vinculo na Entidade .....	95
Tabela 9: Variação da Amplitude Cruzada.....	102

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: A Evolução dos Estudos sobre os Modelos de Avaliação de Desempenho por Indicadores.....	49
Quadro 2: Mudanças na Mensuração de Desempenho.....	52
Quadro 3: Características Comuns dos Modelos de ADO .....	53
Quadro 4: Paralelo dos Departamentos e Respectivo Grau de Escolaridade dos Gestores.....	94
Quadro 5: Graduação em Pontos por Frequência .....	96
Quadro 6: Exemplo da Régua de Frequência por Dimensão da ADO .....	97
Quadro 7: Frequência Atual na Utilização de Indicadores .....	98
Quadro 8: Frequência Desejada na Utilização de Indicadores .....	100
Quadro 9: Estrutura do Orçamento da Associação Hospital São Pio X.....	104
Quadro 10: Principais Indicadores Informais da Associação Hospital São Pio X .....	112
Quadro 11: Proposta de Indicadores de Desempenho para Dimensão Econômico-Financeiro .....	118
Quadro 12: Proposta de Indicadores de Desempenho para Dimensão Capacidade e Infraestrutura Técnica.....	118
Quadro 13: Proposta de Indicadores de Desempenho para Dimensão Cliente / Usuários .....	120
Quadro 14: Proposta de Indicadores de Desempenho para Dimensão Processos Internos ....	120
Quadro 15: Proposta de Indicadores de Desempenho para Dimensão Pessoas e Aprendizado .....	121
Quadro 16: Proposta de Indicadores de Desempenho para Dimensão Social .....	122
Quadro 17: Encadeamento Lógico das Dimensões da ADO e seus Indicadores .....	123
Quadro 18: Tipos de Estratificação Propostos para os Indicadores .....	125

## INTRODUÇÃO

Segundo Capponi (2015), o Século XX viveu um cenário de mudanças ímpares. Vemos que essas mudanças foram e ainda são fortemente motivadas pelo avanço da tecnologia, pela concorrência global e pelo comportamento da sociedade. Consequentemente, há uma exigência maior por produtos e serviços com elevado padrão de qualidade.

Na área de saúde, essa exigência não é diferente. Trata-se aqui de um sistema complexo, no qual a vida e o bem-estar de um ser humano estão em jogo. Os resultados desse serviço são decorrentes de esforços das áreas de assistência à saúde associada à gestão.

Muito se questiona quanto à qualidade do serviço de saúde de entidades vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Nos hospitais de natureza filantrópica que prestam serviço ao SUS, as dificuldades surgem tanto nas áreas de assistência quanto nas áreas de gestão.

Inúmeros estudos pontuam essas dificuldades. Destacamos os dados apresentados no *Milliman USA Health Cost Index*, no qual são constatados problemas, especialmente financeiros, decorrentes dos custos hospitalares com pacientes. Segundo essa entidade, esses custos vêm aumentando desde 1998 (STRUNK, GINSBURG, GABEL; *apud* ARASHIRO 2004).

No Brasil, segundo a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz, a tabela de preço dos procedimentos que o SUS repassa aos hospitais, publicada em 2007, acumula uma defasagem de 110% entre os anos de 1994 e 2002. Somente em 2007 houve um reajuste de aproximadamente 30%, sancionada por meio da Portaria 2.488 de 2 de outubro de 2007. Desde então nenhum reajuste foi feito.

Num cenário no qual a qualidade dos serviços de saúde é questionada e o orçamento público destinado para tal fim é limitado, cabe à gestão a dura tarefa de gerenciar seus recursos de maneira otimizada e buscar alternativas para manter o mínimo de qualidade dos serviços.

Ter à disposição informações claras e seguras acerca do posicionamento estratégico da entidade e do seu desempenho como um todo, são fatores preponderantes para alcançar os objetivos estratégicos e manter a entidade viva.

O sucesso dessa conquista tem estreita relação com a qualidade das informações utilizadas. As estruturas desenvolvidas no planejamento estratégico até as ações operacionais de “chão de fábrica”, são fundamentadas nessas informações. Ora ausentes ou imprecisas, a entidade pode ser gravemente comprometida.

Portanto, avaliar o desempenho de toda a entidade se faz necessário para entendimento da real situação vivida, seus vínculos e relações de dependência com os resultados. A partir daí é possível propor intervenções mais eficientes, inerentes a cada caso específico. Trata-se de um esforço contínuo, sistematizado e integrado com todos os atores partícipes.

Segundo Maranhão e Macieir (2014), é essencial ter à disposição, avaliações seguras das coisas mais importantes que estamos envolvidos. O autor ressalta que essas avaliações nos poupam tempo e surpresas desagradáveis.

Para Deming (1990), ícone da gestão da qualidade, “não se gerencia o que não se mede, não se mede o que não se define, não se define o que não se entende e não há sucesso no que não se gerencia”.

Diante desse cenário, os objetivos desse estudo estão fundamentados na busca por esclarecimentos sobre o sistema de Avaliação de Desempenho Organizacional (ADO) aplicado em hospitais filantrópicos e o desenvolvimento de um modelo exclusivo para essas entidades. Esse foco se justifica pelos benefícios proporcionados por um bom sistema de ADO e também devido à quantidade de entidades a se beneficiar com o instrumento.

Desde o período colonial, instituições filantrópicas de saúde atuam no Brasil. Atualmente essas entidades representam 26% do total de hospitais geral no Brasil (FASCINA, 2009).

Em 2001, havia cadastradas no Ministério da Saúde 1.744 instituições de saúde com natureza jurídica filantrópica, credenciadas para atendimento por meio do SUS (Sistema Único de Saúde). Dessas, 5,1% estão na região Centro Oeste.

Um modelo de ADO é fundamentado em indicadores de desempenho, destinados a medir a performance de uma entidade como um todo, estruturados sob várias perspectivas. A questão da qual buscamos resposta neste estudo é relacionada às características do ADO e dos

indicadores de um hospital filantrópico. Assim, a pergunta para ser respondida por essa pesquisa é: *Quais são os indicadores básicos para a avaliação de desempenho de um hospital filantrópico?*

Para elucidação da pergunta proposta, essa pesquisa buscará respostas num estudo de caso único, realizado num hospital geral de média complexidade, localizado no município de Ceres, interior do Estado de Goiás. Esse município é credenciado pelo Governo Estadual como polo regional de saúde e abrange outros 20 municípios vizinhos na região do Vale do São Patrício I. Juntos esses municípios somam aproximadamente 167 mil habitantes.

A Associação Hospital São Pio X será o objeto dessa pesquisa. Ela é o único hospital de natureza filantrópica pertencente a esta Regional. Essa entidade é estruturada em quatro unidades de saúde distintas: a) Hospital São Pio X (HSPX) – unidade hospitalar de média complexidade atuante na Clínica Médica, Clínica Obstétrica, Clínica Pediátrica e Clínica Cirúrgica; b) Unidade de Pronto Atendimento (UPA) – atua no atendimento de urgência e emergência; c) Centro Clínico de Diagnóstico e Imagem (CCDI) – exames laboratoriais, de imagem e consultas especializadas; e d) Casa de Fitoterapia (FITO) – unidade de produção e venda de medicamentos fitoterápicos.

Com base no delineamento apresentado na pesquisa, foram estabelecidos os objetivos específicos. Dessa forma, foram realizadas a revisão na literatura das melhores práticas de ADO e indicadores de desempenho, aplicados à gestão hospitalar; a caracterização da entidade quanto a sua infraestrutura, operação e gestão. Além disso, foi realizado um diagnóstico interno a fim de analisar o sistema de ADO e indicadores de desempenho vigentes. Por fim foi proposto um modelo de ADO, fundamentado pelas melhores práticas conhecidas na literatura e efetivo em sua aplicação num hospital filantrópico.

A estrutura metodológica adotada nessa pesquisa é de natureza aplicada, qualitativa e exploratória, assumindo como método de pesquisa o estudo de caso único.

O referencial teórico foi baseado em literatura no estado da arte, mediante a consulta em obras de autores reconhecidos e condecorados no âmbito nacional e internacional, pela relevância de seus estudos e pela qualificação dos agentes que as publicaram. São obras de diversos tipos

como livros, artigos científicos, teses de doutorado e dissertações de mestrado, acessadas por meio físico em bibliotecas e por meio eletrônico na rede mundial de computadores.

Esta dissertação foi organizada em 5 partes das quais fazem parte essa Introdução, o Capítulo 1, o Capítulo 2, o Capítulo 3 e a Conclusão.

A Introdução apresenta de forma sucinta a temática desta pesquisa e o contexto do qual está inserida, os argumentos que justificam tal estudo, a problemáticas e os objetivos.

O Capítulo 1 – Referencial Teórico trata da fundamentação teórica, a saber: a) a história dos hospitais filantrópicos; b) as definições de administração estratégica, de Avaliação de Desempenho Organizacional (ADO) e os modelos existentes e c) a ADO aplicada na gestão hospitalar.

No Capítulo 2 – Metodologia são apresentados os objetivos gerais e específicos, o universo e delimitação, as justificativas, o problema de pesquisa e os procedimentos metodológicos, que nortearam o seu desenvolvimento.

No Capítulo 3 – Análise e Interpretação dos Resultados, foram expostas e analisadas as respostas obtidas por meio do instrumento de coleta de dados. Ademais, foi proposta uma lista de indicadores chave, que consolidam um modelo de ADO formal, aplicável à entidade objeto deste estudo.

Por fim, a Conclusão da pesquisa, na qual foram expostas a discussão dos resultados com base nos objetivos, as limitações e as sugestões para estudos futuros. As Referências Bibliográficas e Apêndices são dispostos logo após esta Conclusão.

### **Problema de Pesquisa**

Buscamos neste estudo maior entendimento sobre a ADO e os indicadores de desempenho aplicados em entidades hospitalares de natureza filantrópica. Portanto a pergunta de pesquisa a ser respondida neste estudo é: **Quais são os indicadores básicos para a avaliação de desempenho de um hospital filantrópico?**

## **Objetivo Geral**

O objetivo fundamental desta pesquisa é propor um sistema de Avaliação de Desempenho Organizacional com indicadores de desempenho tangíveis e eficiente para um hospital filantrópico.

## **Objetivos Específicos**

O desdobramento dos objetivos gerais desse estudo compreende em:

- a) Revisar na literatura as melhores práticas de Avaliação de Desempenho Organizacional e indicadores de desempenho aplicados na gestão hospitalar.
- b) Caracterizar o hospital filantrópico objeto deste estudo quanto a sua infraestrutura, operação e gestão.
- c) Realizar um diagnóstico interno no hospital filantrópico a fim de analisar o sistema de Avaliação de Desempenho Organizacional e indicadores de desempenho vigente.

## **Justificativa**

O sistema de saúde pública no Brasil tem sido alvo recorrente nos noticiários, jornais, revistas e nas redes sociais. O assunto em destaque são os problemas decorrentes da má qualidade do serviço de saúde prestado ao paciente.

Alguns hospitais filantrópicos figuram no rol dessas entidades com sua qualidade questionada. Segundo Lima (2004), tal questionamento vem da qualidade gerencial e assistencial, consideradas deficitárias. Neste sentido, são propostas pesquisas focadas justamente no nível de profissionalização da gestão dos hospitais desse segmento, a fim de identificar a influência do gestor nos resultados.

Dentre as várias características que permeiam a gestão hospitalar, a Avaliação de Desempenho Organizacional tem chamado à atenção do Governo; ele, como ente regulador e grande financiador da rede por meio do SUS.

Segundo Bonacim e Araújo (2009), os hospitais universitários já têm sofrido pressões para melhorar suas práticas de avaliação de desempenho. Tal metodologia é reconhecida por colaborar com a melhoria da qualidade nos serviços de saúde (BALLARD, *apud* CHIARETO *et al.*, 2015).

A aplicação de estratégias eficientes e avaliações de desempenho voltadas para os serviços de saúde são abordadas com relevância, além das pesquisas acadêmicas e das próprias entidades de saúde. Grandes empresas de consultoria também desenvolvem instrumentos neste sentido. Destacamos os programas desenvolvidos pela *McKinsey & Company*, pela *Deloitte*, pela *KPMG*, dentre outros que vêm neste segmento uma oportunidade de negócio, decorrente dos bons resultados que podem proporcionar e também pelo impacto social gerado.

Modelos de ADO desenvolvido especialmente para alcançar as particularidades de hospitais filantrópicos são escassos. Há poucos estudos voltados para esse foco. Na área da saúde como um todo, também não são muitos. Os existentes estão concentrados em entidades hospitalares particulares melhor estruturados e localizados nos grandes centros urbanos. A maioria das entidades menos estruturadas e as ligadas ao SUS padecem da ausência ou da baixa qualidade das informações.

Por considerar a importância da rede de hospitais filantrópicos para o Brasil e pela carência de modelos de ADO voltado a elas, justifica-se o propósito deste estudo.

As respostas que aqui buscamos, podem contribuir com desenvolvimento de ações focadas na evolução dos serviços de saúde no Brasil e da gestão das entidades hospitalares filantrópicas.

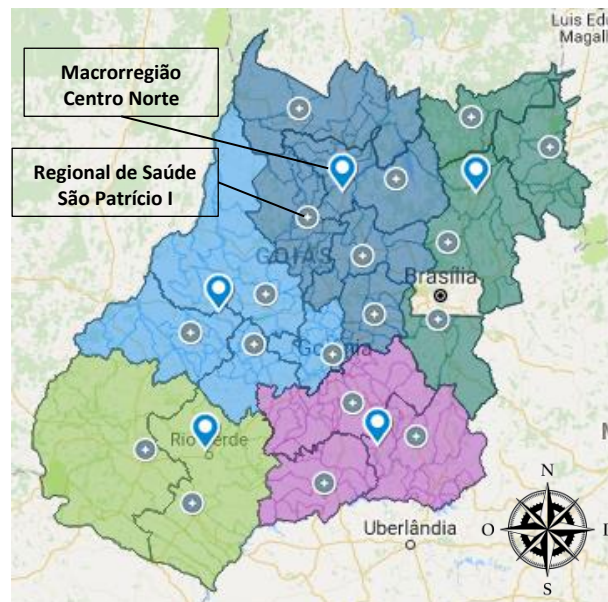
## **Universo e Delimitação da Pesquisa**

Este estudo tem um universo de pesquisa que compreende os hospitais de natureza jurídica filantrópica, classificados como Hospital Geral, ou seja, hospitais que prestam atendimento nas especialidades básicas dentro de várias especialidades médicas.

Por se tratar de um estudo de caso único, este estudo se limitará a um hospital filantrópico pertencente localizado do Estado de Goiás. Segundo Yin (2010) a escolha do caso a ser estudado pode ir de acordo com o acesso que o pesquisador possui. Num estudo de caso é característico a busca exaustiva por dados, contudo o pesquisador precisa desse acesso para desenvolver a pesquisa de maneira satisfatória.

A SES-GO (Secretaria de Estado da Saúde de Goiás) tem estabelecido 18 regionais de saúde no Estado de Goiás, conforme exposto na Figura 10. As Regionais são agrupadas em 5 macrorregiões sendo a Sudoeste, Centro Sudeste, Centro Oeste, Centro Norte e Nordeste.

Figura 1: Macrorregiões de Saúde do Estado de Goiás



Fonte: <http://www.saude.go.gov.br/regioes-de-saude/>

A delimitação geográfica deste estudo será na Regional de Saúde São Patrício I, pertencente à Macrorregião Centro Norte. Essa Regional é sediada no município de Ceres e tem sob sua jurisdição 20 municípios dos quais, juntos somam aproximadamente 167 mil habitantes.

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) consta apenas um hospital geral de natureza filantrópica nesta Regional, localizado no município de Ceres. Trata-se da Associação Hospital São Pio X; instituição vinculada à Diocese de Goiás, criada pela bula papal “*Candor Lucis Aeternae*”, do papa Bento XIV, em 6 de Dezembro de 1745.

## **CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **1.1. Os Hospitais e as Entidades Filantrópicas que os Administram**

Nos relatos antigos, a respeito da origem dos hospitais é evidenciado que os cristãos foram os grandes precursores e impulsionadores dos serviços de assistência à saúde nas mais variadas formas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1944).

Entretanto, mesmo antes da era cristã, por volta de 3000 anos AC há registros em papiros sobre a casta dos médicos, com honrosos títulos de sacerdotes na região egípcia. Há também o “*Papyrus de Ebers*” datado de 1550 AC, no qual são mencionadas afecções viscerais, oculares, ginecológicas e verminoses, que nos leva a concluir que desde esse período o homem realiza intervenções, a fim de curar enfermidades.

Por volta do ano 500 AC, na região da Babilônia, a saúde das pessoas era cuidada nos mercados. Para HERÓDOTO, o grande historiador de Halicarnassus (*apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, p. 8, 1944):

Os doentes eram conduzidos ao mercado, porque não existiam médicos. Os que passavam pelo doente interpelavam-no com o intuito de verificar se eles próprios tinham sofrido o mesmo mal ou sabiam de outros que tivessem tido. Podiam assim propor o tratamento que lhes fora eficaz ou eficaz na cura de pessoas de suas relações. E não era permitido passar pelo doente em silêncio. Todos deviam indagar a causa da sua moléstia.

É na Grécia Antiga, Egito Antigo e Índia Antiga que concentram os relatos históricos sobre o primórdio da medicina e da assistência à saúde. Para Mirshawaka (*apud* Rotta, 2004) a primeira instituição hospitalar, chamada de São Basílio foi construída por volta da segunda metade do século IV na Cesaréia, região da Capadócia. Também nesse período foi construído o primeiro hospital cristão em Roma.

Com a criação do São Basílio e demais entidades relacionadas inicia-se um sistema de assistência à saúde mais sólida. Para Fascina (2009) o caráter religioso, assistencial e de caridade proporcionou o crescimento dos hospitais pelo mundo.

Uma característica marcante da sociedade desse período é que o pobre, o enfermo, o louco e o paralítico eram muito menosprezados. O avanço do cristianismo proporcionou a evolução do

sistema de assistência a esses indivíduos. Embora assistidos, eles continuavam distantes do meio social, em entidades afastadas e fechadas, como os mosteiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1944).

A palavra hospital tem origem latina e vem do termo *hospes* – que significa hóspede, local no qual se hospedavam viajantes, peregrinos e enfermos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja missão consiste em proporcionar à população assistência médica completa, tanto curativa como preventiva, além de serviços externos que se estendem ao âmbito familiar. Ademais é um centro de formação de pessoal e médico-sanitário e de investigação biossocial. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

De acordo com Rotta (2004), até o século XIX as entidades religiosas e militares eram as grandes responsáveis pelo funcionamento dos hospitais. A grande migração das pessoas de comunidades rurais para as áreas urbanas, em busca de melhores condições de vida acarretou o surgimento de graves problemas, especialmente de saneamento. Por consequência, epidemias surgiram, aumentando a demanda por serviços de saúde. Assim, o Estado passou a ser responsabilizado para proporcionar assistência pública de saúde.

Essa condição desencadeou grande avanço na ciência médica. Então, a partir do século XIX os hospitais deixaram de ser considerados meros abrigos de enfermos e de atenção à caridade e passaram a ser centros de serviços médicos especializados, compondo uma rede complexa de assistência à saúde. Para Sanches (*apud* Rotta, 2004) inúmeros departamentos, atribuições, profissionais, dentre outros aspectos e condições, devem dedicar um esforço integrado e sinérgico para o funcionamento de um hospital.

Atualmente, as instituições religiosas ainda desempenham um papel muito importante na assistência à saúde da sociedade. As Santas Casas são exemplos disso. Segundo o Ministério da Saúde (2001) as “instituições sem fins lucrativos detêm historicamente um papel proeminente no campo da saúde, especialmente no segmento da assistência hospitalar”. Elas são responsáveis por um terço da capacidade instalada no Brasil para atendimentos hospitalares.

De acordo com Fascina (2009) e o Ministério da Saúde (1944), foi em Portugal que surgiu a Santa Casa. Após uma clausura voluntária e inspirada pelos ensinamentos de São Tomás de Aquino, a então viúva, Rainha Leonor de Lencastre, no dia 15 de agosto de 1498 cria a Confraria de Nossa Senhora da Misericórdia na cidade de Lisboa, em Portugal, sendo reconhecido inclusive pelo Direito Canônico.

Segundo Negrão (2002), Dom João II determinou a construção do Hospital de Todos os Santos em Lisboa por decorrência de doenças e pestes que assolaram e dizimaram a população portuguesa. Entretanto o mérito recaiu sobre a Rainha, uma vez que a coordenação geral desse hospital foi atribuída à Confraria. Esta foi a primeira de muitas outras Santas Casas criadas em Portugal e depois espalhadas pelo mundo.

Esse período foi marcado na história por guerras e pelas grandes navegações. O descobrimento e colonização do Brasil se deram nessa época. Segundo Ministério da Saúde (1944) a primeira instituição de saúde construída no Brasil foi a Santa Casa de Misericórdia de Santos, criada por Braz Cubas em 1543 na Capitania de São Vicente. No entanto, para Fascina (2009), a assistência médico-hospitalar iniciou-se no Brasil em 1539 com a fundação da Santa Casa de Misericórdia de Olinda (Pernambuco).

Embora haja divergência entre os autores quanto à primeira Santa Casa do Brasil, o fato evidente é a presença dessas entidades como precursoras dos serviços de assistência médico-hospitalar no Brasil.

A premissa dos serviços de assistência à saúde, preconizados pela Igreja por meio de seus movimentos é fundamentado pela prática da caridade. A caridade segundo Ferreira (2004) é a disposição para ajudar ao próximo e aquele que está em situação difícil. É vista como uma ação única e pontual a um indivíduo ou grupo.

Embora semelhante, as definições de filantropia estão ligadas ao amor à humanidade. Segundo Procacci (1993), a filantropia é tida como uma filosofia de vida social, baseada no senso moral, estimulador de ações que promovem o equilíbrio e a ordem. Sua abordagem enfatiza a melhoria das condições de vidas da população mais carente.

Segundo Beghin (2005), a filantropia na área da saúde historicamente recebe incentivos do Estado Brasileiro para se instalarem no País por meio de financiamentos, subvenções, subsídios e isenções, dentre outras vantagens.

Entretanto, críticos rebatem essas ações. Landin (1993) menciona que há instituições privadas que se caracterizam como entidades sem fins lucrativos e de caráter filantrópico, com o objetivo de se beneficiar dos incentivos governamentais. Entretanto, tal expediente não passa de uma manobra de empresários oportunistas, que por traz das formalidades visam o lucro.

### **A Filantropia Inserida no Sistema de Saúde Brasileiro**

De acordo com Santos (2016), sob o pondo de vista da sociologia e da área de produção, o Estado, responsável pela administração direta ou indireta, as autarquias, empresas públicas e correlatas. Tais entidades são pertencentes ao primeiro setor. O mercado composto por entidades focadas no consumo e no lucro são do segundo setor. O terceiro setor, no qual se enquadra nosso objeto de estudo é composto pelas entidades sem fins lucrativos, com atuação de utilidade pública, porém autônomas perante o Estado. Para Hudson (1999) elas são em sua maioria prestadoras de serviços com atuação bastante diversificada.

Segundo Landin *et al* (1999), um estudo coordenado pela *John Hopkins University* classifica as entidades sem fins lucrativos em: a) Cultura e Recreação; b) Educação e Pesquisa; c) Saúde; d) Assistência Social; e) Ambiental; f) Desenvolvimento e Defesa de Direitos; g) Religião; h) Associações Profissionais e Sindicais e i) Outras.

Gohn (1997) utiliza o termo ONG (Organização Não Governamental) quando se refere às entidades sem fins lucrativos. Ela diz que as ONGs atuam no assistencialismo, por meio da filantropia, no estímulo e às vezes fomento ao desenvolvimento e no campo da cidadania por meio da luta por direitos sociais.

Para Ferrarezi (1997), o Estado tem procurado transferir parte da prestação de serviços sociais para essas entidades, a fim de reduzir custos. A própria Constituição de 1988 impulsionou a descentralização do serviço público.

Pereira (*apud* Heckert, 2008) menciona o Plano Diretor da Reforma do Aparelhamento do Estado, advindo da Constituição de 1988. Nele, quatro setores foram identificados, sendo o a) Núcleo Estratégico; b) as Unidades Descentralizadas; c) os Serviços Não Exclusivos e d) Produção ao Mercado. Os dois primeiros foram considerados atividades exclusivas do Estado, portanto continua sob sua jurisdição. O setor de Produção ao Mercado seria privatizado. Já os Serviços não Exclusivos, como escolas, hospitais, centros de pesquisa, dentre outros, também seriam repassados exclusivamente para a iniciativa privada sem fins lucrativos.

O SUS (Sistema Único de Saúde) foi criado no Brasil por meio do artigo 198 da Constituição Federal, no qual as diretrizes para acesso da população aos serviços de saúde foram estabelecidas. Em 1990 foi aprovado a Lei Orgânica da Saúde que detalhou a organização e o funcionamento do SUS.

Com esse amparo legal, o SUS passa a descentralizar os serviços de saúde pública, até então concentrados na mão do Estado. Assim começou a inserir as entidades filantrópicas de assistência à saúde em sua base de operações. Para Viana (2014), a intenção do legislador era reduzir os custos com contratos com a iniciativa privada e ampliar os cuidados com a atenção básica. Contudo propõe ações sociais, a fim de evitar desperdício de recursos. Segundo Fascina (2009), atualmente o SUS é o maior contratante dos serviços ofertados pelas entidades filantrópicas de saúde.

Santos (2016) aponta em seu estudo a existência de 1.824 hospitais sem fins lucrativos no Brasil. Desses, 94% têm vínculos com o SUS na oferta de algum tipo de serviço de saúde.

Como base para comparações, no Canadá 98% dos hospitais são públicos. Os demais pertencem à iniciativa privada. Já na Suíça 78% dos hospitais são filantrópicos, na França 71% e na Alemanha 67% (Sloan, 2000 *apud* Fascina, 2009). Na América Latina, Marinho (2004, *apud* Fascina, 2009) diz que entre 20% e 40% dos leitos hospitalares ofertados pertencem à iniciativa privada, estando as filantrópicas fora desse volume.

Conforme vimos anteriormente, as instituições filantrópicas gozam de benefícios em detrimentos de sua natureza. Entretanto, os incentivos não são vitalícios nem irrevogáveis.

A origem dos recursos que financia a operação dos hospitais filantrópicos do Brasil é muito concentrada nas contratualizações<sup>1</sup> com o SUS, mas também se originam de doações e em isenções fiscais (SANTOS, 2016).

Para viabilizar boa parte desses incentivos, a entidade precisa de um atestado de filantropia. A Lei Nº 8742, de 7/12/1993 - LOAS/93 é a principal Lei que normatiza a filantropia no Brasil e fornece as diretrizes necessárias para que uma entidade seja considerada filantrópica.

Segundo o LOAS/93, só são consideradas entidades filantrópicas “aquelas que prestam, sem fins lucrativos, atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos por esta lei, bem como as que atuam na defesa e garantia de seus direitos”.

O decreto Nº 4.327 de 08/08/2002 veio como uma evolução para o LOAS/93 onde foi instituída a necessidade de certificação às entidades filantrópicas. Essa certificação é chamada de CEBAS (Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social) e tem validade de 12 meses.

Na área da saúde, antes desse Decreto, para um hospital sem fins lucrativos requerer o atestado de filantropia deveria comprovar o oferecimento de 20% da receita bruta em atendimentos gratuitos. Com o Decreto, o CEBAS passa a ser concedido à entidades que oferecem 60% de seus atendimentos ao SUS, além de terem que cumprir alguns requisitos.

Segundo Makiyama (2002), para que as entidades possam requerer o CEBAS é preciso estar em conformidade com alguns requisitos como: a) estarem constituídas no Brasil e em pleno funcionamento; b) estarem credenciadas no Conselho Municipal e Nacional de Assistência Social; c) aplicarem toda renda na operação e manutenção da entidade e d) ofertar serviços gratuitos à comunidade dentre outros requisitos relacionados ao foco da entidade.

---

<sup>1</sup> A contratualização é uma política comum em países da OCDE (Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento) no qual o governo utiliza entidades descentralizadas da esfera pública para elaborar, gerir e implementar políticas públicas. O Brasil iniciou debates sobre o assunto em 1995 a fim de promover uma reforma no Estado (PERDICARIS, 2012). É o instrumento formal que vincula financiadores e prestadores de serviço, cuja ênfase está na determinação dos direitos e deveres de ambas as partes. Nele são estabelecidos os objetivos e metas a serem cumpridos, com atenção à qualidade dos serviços prestados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). No contexto deste estudo, as contratualizações ocorrem entre o SUS – agente financiador, e os hospitais filantrópicos – prestadores de serviços de saúde.

Num eventual descumprimento desses critérios ou atos e resultados em desacordo com as referidas Leis e Decretos, a entidade pode perder sua certificação ou ser impossibilitada de renová-la. Por consequência, todos os incentivos concedidos à entidade também podem ser revogados pela ausência da certificação.

Segundo Sano (2003) a parceria entre o Estado e o terceiro setor tem sido implementado em todas as esferas do Governo, cada um com suas particularidades. É relatado também que há muito casos de entidades muito dependentes da parceria. O Estado reconhece a importância e relevância dessa entidade para o serviço público de saúde, mas questiona tamanha dependência.

## **1.2.Administração Estratégica**

Estratégia é uma palavra de origem grega diretamente relacionada às atividades militares. De acordo com Serra (2014), a palavra estratégia significa a capacidade de um comandante organizar e conduzir sua tropa.

Essa definição foi empregada originalmente pelo General Chinês Sun Tzu no século IV AC, no qual a estratégia consistia em designar um chefe militar para um grupo de guerreiros e a eles atribuíam objetivos a serem conquistados.

Segundo Tzu (2002) a elaboração de uma estratégia deve obedecer quatro princípios fundamentais. O primeiro é fazer a escolha do local de batalha, atento às características do ambiente. O segundo é concentrar-se em suas forças, relacionadas ao grupo e ao ambiente, atento a todos os recursos que estão disponíveis. O terceiro princípio é o ataque, atento à ação propriamente dita. Por fim, o princípio da contingência, atento às intercorrências derivadas das ações e seu reordenamento.

Na obra O Príncipe, escrita por Nicolau Maquiavel há muitas orientações de como os governantes devem governar e especialmente como manter o poder absoluto, mesmo que seja pelo uso da força. Para tanto, ele menciona ser imprescindível ter uma estratégia bem fundamentada para conquista desses objetivos. Além disso, é necessário definir táticas suplementares à estratégia como forma de ação para torna-la viável (MAQUIAVEL, 1515).

Atualmente é no meio dos negócios que encontramos com maior frequência e ênfase o termo estratégia. Boone e Kurtz (*apud* Serra, 2014, p. 65) reafirmam a importância de ter elementos centrais bem definidos para um negócio.

Os administradores foram incentivados a serem homens das organizações, vestindo trajes idênticos de tecido cinzento e trabalhando num mundo de regras restritas e hierarquias rígidas. As empresas já não recrutam apenas administradores estereotipados do sexo masculino; procuram alguém com a habilidade de criar e sustentar uma visão de como uma organização pode obter sucesso. O gestor do século XXI precisará aplicar habilidades de bom senso e criatividade para enfrentar os desafios dos negócios, as mudanças constantes e poder gerir a mão de obra cada vez mais diversificada.

Durante a Primeira Revolução Industrial, no fim do século XVIII, o pensamento estratégico não foi muito considerado devido o mercado operar basicamente com *commodities* e predominantemente por pequenas empresas (GHEMAWAT, 2000). Todavia, na Segunda Revolução Industrial, na segunda metade do século XIX, se fez necessário maior entendimento das condições do mercado e consequente definição de estratégias competitivas para manter os negócios vivos. Aqui a estratégia teve sua abordagem agregada ao mundo empresarial com maior destaque.

Rojo (2006) exemplifica esse cenário com o caso envolvendo a *General Motors* e a *Ford Motor Company*. O presidente *General Motors* de 1923 a 1946, Alfred Sloan, preocupado com a estratégia da companhia analisou as forças e fraquezas da sua maior concorrente, a *Ford Motor Company*, para a partir daí adequar a sua estratégia e obter vantagem competitiva no mercado.

Segundo Barney (2011), muitos acreditam que uma empresa só sobrevive e prospera por meio de uma boa estratégia de negócio, mas enfatiza que não existe muito consenso sobre as definições de estratégia, nem o que caracteriza uma boa estratégia.

Mesmo diante da falta de consenso, definições de autores relevantes trazem compreensão sobre o tema como:

- a) A estratégia empresarial compreende ações que proporcionem vantagens competitivas para uma empresa (BARNEY, 2011);

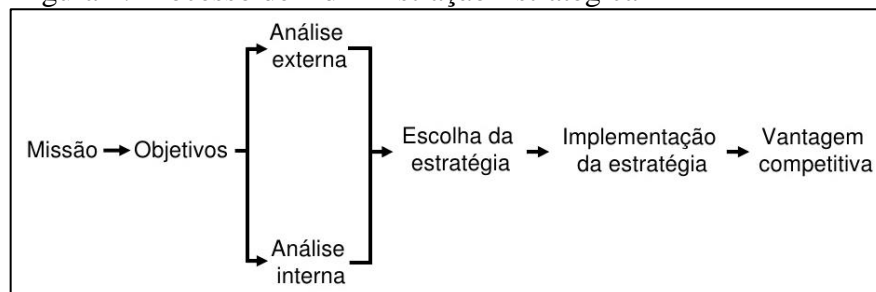
- b) A estratégia de uma corporação é o plano mestre abrangente que estabelece como a organização alcançará a sua missão e os seus objetivos (HUNGER *apud* SERRA, p. 7, 2014).
- c) A estratégia é um processo de construção do futuro aproveitando as competências fundamentais da empresa (HAMEL e PRAHALAD, 1995);
- d) Estratégia é um conjunto integrado e coordenado de compromissos e ações definido para explorar competências essenciais e obter vantagem competitiva (IRELAND, p. 5, 2015).

Diante das definições e conceitos apresentados sobre o que é estratégia, percebemos que elas conduzem para ações que proporcionem algum tipo de vantagem competitiva para as empresas. Barney (2011) nos fala que a vantagem competitiva ocorre quando a empresa consegue agregar valor a seus produtos e serviços, de forma a torná-los mais atrativos aos consumidores e diferenciados de seus concorrentes.

Ireland (2015) faz sua definição de vantagem competitiva muito semelhante à de Barney (2011). Para ele as vantagens são obtidas por estratégia, que agregam valor superior aos clientes de forma que a concorrência não consiga alcançá-lo ou não esteja interessado em fazer isso.

Uma estratégia deve abordar não somente sua concepção, mas também sua implementação, num processo contínuo e integrado (MINTZBERG *apud* BARNEY, 2011). Vejamos na Figura 1 a ilustração desse fluxo cujo foco da estratégia é obter vantagem competitiva.

Figura 2: Processo de Administração Estratégica



Fonte: (Barney, 2011, p. 4)

Segundo Porter (1996) a estratégia empresarial é fundamentada em três componentes. O primeiro é o posicionamento que consiste na escolha de uma posição única no mercado, não

atendido por concorrentes ou menosprezados por eles. Esse posicionamento pode ser baseado na oferta de variedade, ou com base nas necessidades ou ainda com base no acesso.

O segundo componente são os *trade-offs* envolvidos na estratégia, ou seja, fazer escolhas dentre as várias alternativas, a fim de obter o posicionamento mais adequado. Os *trade-offs* necessitam ser gerenciados conforme os interesses dos *stakeholders*<sup>2</sup>.

A capacidade de adaptação é o terceiro componente da estratégia empresarial. Ela pode ser considerada o elo forte entre a atividade e a estratégia uma vez que durante a execução de uma estratégia, eventos corriqueiros e não mensurados podem comprometer os resultados esperados. Aí vem a necessidade de ajustes.

O *Cirque du Soleil* é um exemplo atual de reorientação estratégica, no qual podemos assimilar os componentes mencionados por Porter (1996). Segundo Kin (2005), seu sucesso veio em decorrência da necessidade de ser diferente, uma vez que o mercado estava em queda. Portanto, o novo posicionamento, diferenciado do circo tradicional melhorou significativamente a qualidade dos espetáculos. Ademais, a nova estratégia prioriza um público adulto e de maior poder aquisitivo.

### **1.2.1. Estruturas Metodológicas e Ferramentas do Planejamento Estratégico**

Vimos anteriormente que uma boa estratégia busca obter vantagens competitivas. Num contexto onde a competição é muito acirrada, as incertezas tendem a ser maiores. Dessa forma destaca-se o administrador com habilidade para construir cenários futuros e desenvolver estratégias adequadas. Para a conquista desse objetivo é preciso estruturar um planejamento criterioso que alcance todos os envolvidos nesse processo. Ackoff (1975) apresenta cinco premissas que todo planejamento deve conter. São eles:

- a) Planejamento dos fins – definição dos objetivos a serem alcançados
- b) Planejamento dos meios – caminhos para alcançar os objetivos
- c) Planejamento organizacional – esquematização da estrutura com suas subdivisões

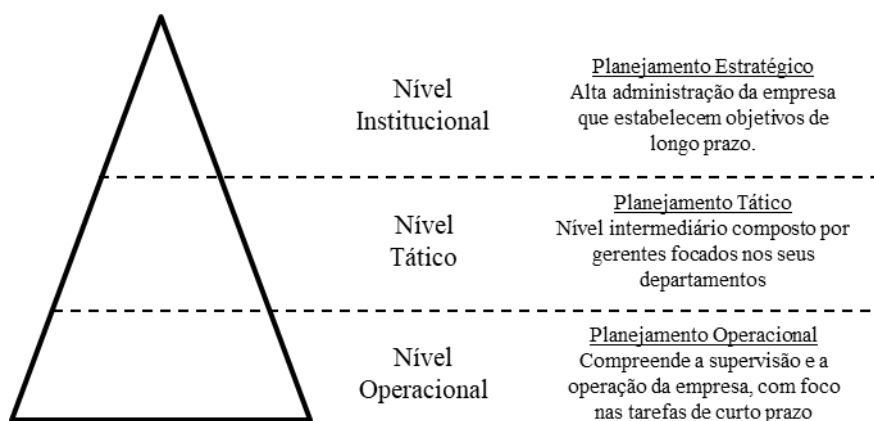
---

<sup>2</sup> Os *stakeholders* são elementos fundamentais para elaboração de planejamento estratégico. Compreende indivíduos ou organizações que estão interessados ou são de alguma forma influenciados de maneira positiva ou negativa por um negócio ou projeto (FREEMAN, 2010)

- d) Planejamento dos recursos – definição da quantidade e qualidade dos recursos humanos, dos materiais, da tecnologia, do capital dentre outros
- e) Planejamento da implantação e controle – definição de como será acompanhado e mensurado o trabalho para alcançar os objetivos

Segundo Oliveira (2010), o planejamento deve alcançar os três níveis estratégicos de uma organização sendo eles: a) planejamento estratégico; b) planejamento tático e c) planejamento operacional. A Figura 2 mostra os níveis hierarquicamente e as respectivas definições.

Figura 3: Estrutura Hierárquica dos Planejamentos



Fonte: adaptado de (Barney, 2011)

A partir dessas definições, inúmeras metodologias são desenvolvidas para a elaboração e implementação de um planejamento estratégico. Mintzberg (2000) diz que esses inúmeros modelos convergem na mesma ideia básica. Com essa conclusão ele propõe um modelo simplificado de planejamento estratégico com cinco etapas: a) definir os objetivos; b) analisar fatores internos e externos; c) avaliar e definir uma estratégia; d) operacionalizar a estratégia e e) organizar os processos.

Olson e Slater (2002) define um modelo muito semelhante para um processo de gestão estratégica, no qual o primeiro elemento é a definição da missão da empresa; o segundo elemento é analisar a situação da empresa; o terceiro elemento é formar uma estratégia competitiva; o quarto elemento é implementar a estratégia e o quinto elemento é monitorar o desempenho. Segundo o autor, o foco desse modelo é a mensuração e avaliação do desempenho organizacional.

Inúmeras ferramentas são propostas para a construção de um planejamento estratégico eficiente. Cada ferramenta busca alcançar uma característica específica, podendo ser empregada de forma isolada ou associada. A seguir destacar-se-ão as principais ferramentas.

#### **1.2.1.1. Definição de Missão, Visão e Valores**

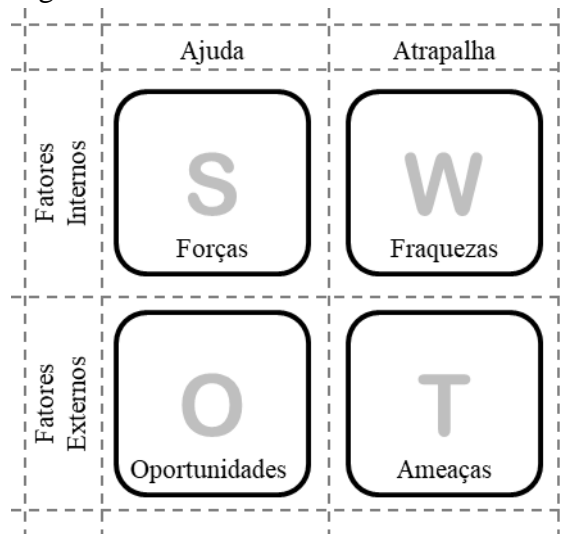
De acordo com Serra (2014), para a elaboração de uma estratégia é importante ter definido a visão, a missão e os valores preconizados pela empresa, por eles serem norteadores dos objetivos a serem conquistados.

Ireland (2015, p.19) relata que “a missão especifica os negócios nos quais a organização deseja competir e os clientes que deseja servir”. Segundo Senge (2013) “a visão é um destino específico, uma imagem de um futuro desejado”. Já os valores “indicam como as pessoas querem e devem se comportar com os outros dentro e fora da organização, como valorizam os clientes, os fornecedores, os esforços de inovação, o meio ambiente sendo base forte que dá corpo à cultura organizacional da empresa” conforme relata Serra (2014, p. 79).

#### **1.2.1.2. Analise de SWOT**

O termo SWOT é uma sigla que vem do inglês *Strengths* que significa forças, *Weaknesses* fraquezas, *Opportunities* oportunidades e *Threats* ameaças. No Brasil essa analise é também conhecido como FOFA, sendo um acrônimo em português. Na Figura 3 visualizamos a estrutura de uma Matriz SWOT.

Figura 4: Matriz SWOT



Fonte: adaptado de (SERRA, 2014)

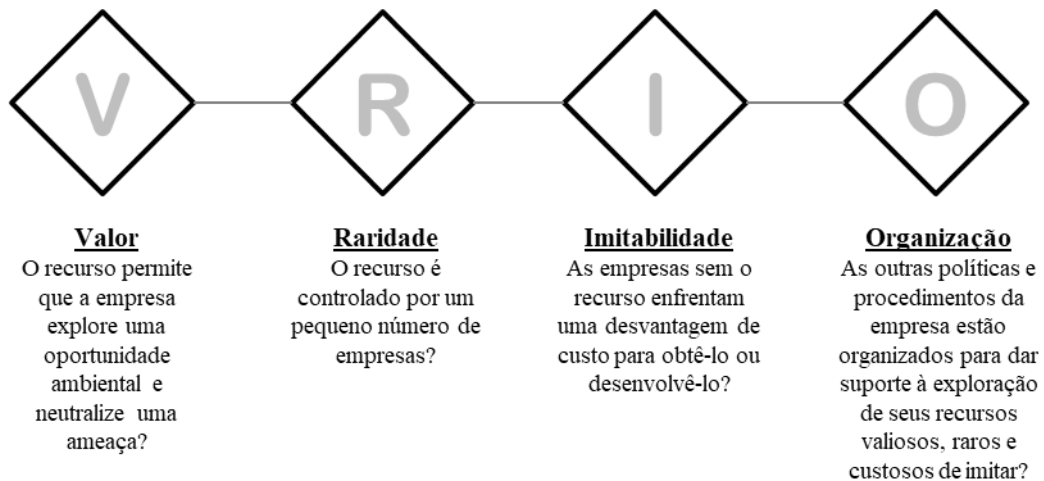
Segundo Andrews e Christensen (*apud* Serra, 2014), esta é uma ferramenta de análise simples que orienta na procura de soluções e a tomar decisões com base no ambiente interno, por analisar as forças e fraquezas e também com base no ambiente externo por analisar as oportunidades e ameaças.

Embora seja uma ferramenta desenvolvida e difundida entre as décadas de 1960 e 1970, há menções dessa metodologia no século IV AC com o general chinês Sun Tzu (2002) onde ele diz: “Concentre-se nos pontos fortes, reconheça as fraquezas, agarre as oportunidades e proteja-se contra as ameaças”.

### 1.2.1.3. Modelo VRIO

Segundo Barney (2011), o planejamento estratégico deve estar pautado pela análise do potencial competitivo do empreendimento. Essa análise é feita com base no ambiente interno e busca responder quatro questões que compõem o Modelo VRIO (Valor, Raridade, Imitabilidade e Organização).

Figura 5: Modelo VRIO



Fonte: adaptado de (BARNEY, 2011)

Conforme mostrado na Figura 4, o Modelo VRIO representa um fluxo de perguntas a serem respondidas pelo desenvolvedor do planejamento estratégico da organização. Ao responde-las, o instrumento permite o gestor analisar o cenário atual e direciona para o caminho da solução.

#### 1.2.1.4. As 5 Forças de Porter

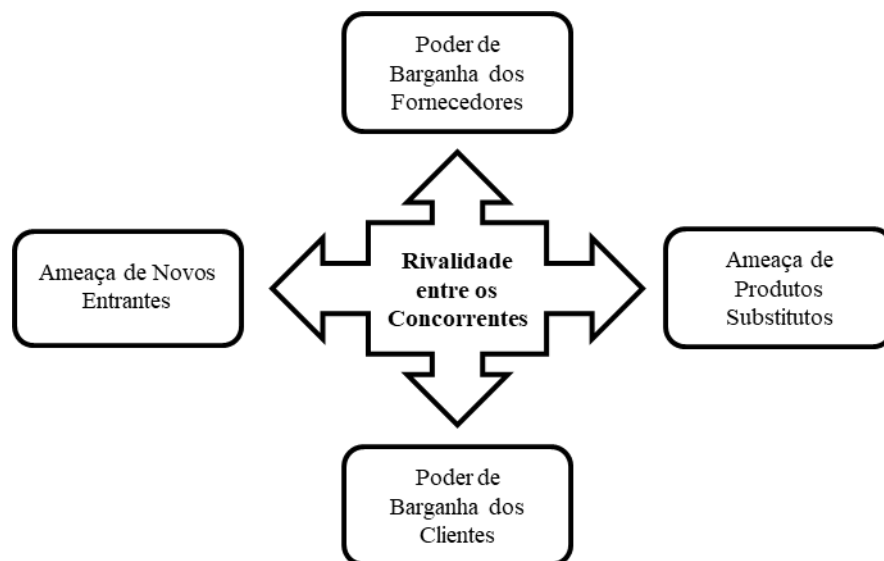
A ferramenta “As Cinco Forças de Porter” proporciona uma análise competitiva de características que fundamentam uma estratégia e a competição entre empresas (PORTER, 1999).

Conforme apresentado na Figura 5 a rivalidade entre concorrentes está no centro do esquema por se tratar da principal determinante competitiva. Dele, outros quatro fatores interferem na busca por vantagens competitivas, estando diretamente associados. São elas:

- a) Ameaça de Novos Entrantes – consiste em dificuldades que um empreendedor pode encontrar para entrar num determinado mercado.
- b) Poder de Barganha dos Clientes – mercados com grande número de clientes e/ou clientes expressivos tendem a possuir maior poder de barganha em detrimento da competição.

- c) Ameaça de Produtos Substitutos – consiste numa concorrência indireta, mas que pode comprometer o empreendimento. Esses produtos substitutos têm características similares quanto a sua forma, finalidade, qualidade intrínseca e preço.
- d) Poder de Barganha dos Fornecedores – em mercados onde há poucos fornecedores e muitos clientes potenciais, o poder de barganha é do fornecedor uma vez que ele sabe que seu cliente tem poucas opções de escolha.

Figura 6: Modelo da Ferramenta As Cinco Forças de Porter



Fonte: adaptado de (PORTER, 1999)

Segundo Campos (2017), essa teoria é amplamente utilizada em todo mundo, nos mais variados tipos de empreendimentos, por ser uma ferramenta válida para diagnosticar a fragilidade e os fatores impeditivos do desenvolvimento econômico. Para Barney (2011) este é o modelo mais influente para análise estratégica.

#### 1.2.1.5. Matriz BCG

A Matriz BCG consiste numa análise de portfólio capaz de identificar a posição competitiva de cada produto ou serviço em relação ao mercado bem como seu *marketshare*. A Figura 6 mostra a Matriz BCG.

Esta é uma ferramenta comumente usada em empresas já atuantes no mercado cujo foco, segundo seu idealizador Bruce Henderson é identificar a posição de cada produto, a fim de alocar os recursos de forma mais eficiente.

Figura 7: Matriz BCG

		PARTICIPAÇÃO RELATIVA DE MERCADO	
		ALTO	BAIXA
CRESCIMENTO DO MERCADO	ALTO		
	BAIXO		

Fonte: adaptado de (CUNHA, *apud* CORAL, 2002)

A Matriz BCG avalia as variáveis *crescimento do mercado* e *participação relativa no mercado*.

O cruzamento dessas variáveis nos mostra quatro posições:

- a) Vacas Leiteiras – são considerados os melhores produtos e serviços, já estão estabelecidos no mercado, que geram maior lucro e demandam menos investimentos.
- b) Estrelas – produtos e serviços posicionados num mercado em crescimento cuja empresa possui a maior participação. Aqui se faz necessário investimento para manter o posicionamento de líder de mercado diante do seu crescimento.
- c) Pontos de Interrogação – produtos e serviços ainda não consolidados no mercado, que não geram receita nem lucro significativos frente ao investimento, portanto demanda cautela.
- d) Abacaxis – são produtos e serviços que demandam investimentos que não trazem um retorno atraente por estarem num mercado que cresce pouco e a empresa detém pouco participação.

Em ambientes de baixa turbulência Ansoff e McDonnell (*apud* Muller, 2003) relata que a Matriz BCG é importante para definir o posicionamento e a participação de mercado, bem como

para alocação estratégica dos recursos. Todavia, em ambientes mais turbulentos, essa ferramenta não é aconselhável, por haver variáveis mais complexas não alcançadas pelo instrumento.

#### **1.2.1.6. Competências Essenciais**

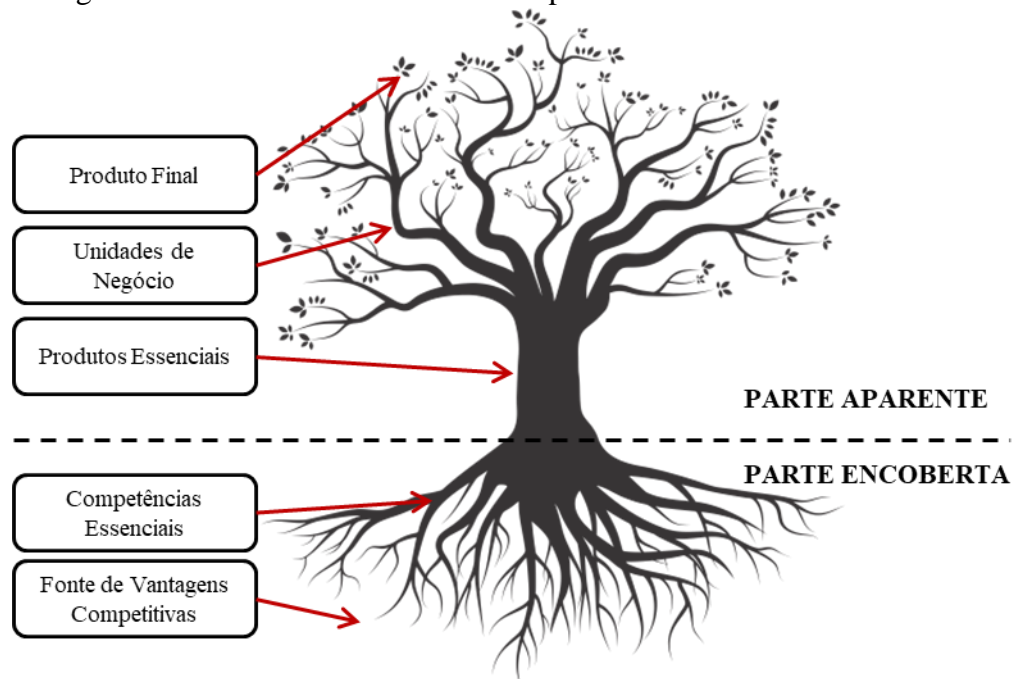
Segundo Prahalad e Hamel (1989), as empresas precisam desenvolver competências essenciais distintas como força para criar valor de forma única a seus produtos e serviços. Assim poderão competir com vantagem em relação a seus concorrentes.

Como critérios para avaliar se as competências essenciais de um negócio estão favoráveis, Prahalad e Hamel (1995) propõem três premissas a serem analisadas:

- a) Percepção de valor que o cliente tem em relação a seu produto ou serviço – quanto maior for o valor/benefício percebido pelo seu cliente, melhor para o negócio. Isso demonstra que a empresa é boa no que faz e o cliente percebe isso.
- b) Se diferenciar ao ponto de ser difícil imitá-lo – quanto mais exclusivo for seus produtos e serviços, maior sua diferenciação e mais distante o negócio fica de seus concorrentes.
- c) Capacidade de expansão – consiste na capacidade de expandir a produção e o mercado, mantendo o mesmo padrão de qualidade.

Prahalad e Hamel (1995) ilustram a relação existente entre as competências essenciais com os produtos finais por meio da metáfora da árvore. Para eles, essa conexão é vital para sucesso do negócio.

Figura 8: Metáfora da Árvore das Competências Essenciais



Fonte: adaptado de (PRAHALAD e HAMEL, 1995)

As competências essenciais não costumam estar aparentes aos olhos dos clientes, contudo, a eles se mostra os frutos, ou seja, os produtos ofertado. Quanto melhor for as competências cultivados pelo empreendedor, melhor serão seus frutos.

Segundo os autores, a maior vantagem competitiva de um empreendimento é a sua capacidade de ver o futuro e de se ajustar às tendências antes dos outros.

#### 1.2.1.7. Business Model Canvas

Em função da evidência dada atualmente sobre o assunto empreendedorismo, instrumentos foram desenvolvidos a partir das principais definições de Mintzberg, Porter, Prahalad e Hamel, em atenção a essa nova abordagem.

Osterwalder (2010) propõe uma ferramenta pré-formatada que auxilia no processo estratégico de criar valor aos produtos e serviços. Trata-se de um quadro dividido em blocos que resume as principais características que uma empresa precisa desenvolver para cumprir com sua

proposta de valor. Essa ferramenta chama-se *Business Model Canvas* e podemos visualizá-lo na Figura 8.

Figura 9: *Business Model Canvas*

PARCEIROS	ATIVIDADES CHAVE	PROPOSTA DE VALOR	RELACIONAMENTO COM CLIENTES	SEGMENTO DE CLIENTE
	RECURSOS CHAVE		CANAIS DE DISTRIBUIÇÃO	
ESTRUTURA DE CUSTO			ESTRUTURA DE RECEITAS	

Fonte: (OSTERWALDER, 2010)

A ferramenta tem como ponto principal a definição proposta de valor, localizado no centro do quadro. Nele é elaborado o valor/benefício que a empresa tem a ofertar para seus clientes. À sua esquerda estão as variáveis de entrada, ou seja, os fatores necessários para criar valor. À sua direita estão as variáveis de saída, ou seja, as questões que envolvem o cliente. Abaixo é relacionada a estrutura de custos e de receitas do empreendimento.

Dessa forma, a partir da definição da proposta de valor, os demais itens são desenvolvidos e o modelo de Osterwalder (2010) é consolidado. Portanto, as demais áreas correspondem á:

- a) Relacionamento com os clientes – definição da estratégia mais adequada para se relacionar com os clientes e obter vantagem competitiva.
- b) Canais de distribuição – definição dos meios pelos quais os produtos e serviços chegarão até os clientes.
- c) Segmentação de cliente – seleção e priorização dos mercados e nichos alvos.

- d) Atividades chave – compreende os principais processos necessários para criar o valor proposto.
- e) Recursos chave – compreende os principais recursos necessários para criar o valor proposto.
- f) Parceiros – consiste nos indivíduos ou organizações que de alguma forma contribuem para o sucesso do empreendimento, especialmente aqueles que oferecem apoio em forma de subsídio como, descontos, abatimentos, cortesias, ou qualquer outro tipo de vínculo sem pretensão financeira ou a preços abaixo do comum.
- g) Estrutura de custos – são relacionados à descrição dos principais custos da operação.
- h) Estrutura de receita – compreende todas as formas de monetizar o empreendimento.

#### **1.2.1.8. O Plano de Negócio**

O Plano de Negócio vem como ferramenta complementar ao *Business Model Canvas*. Nele o planejamento do novo empreendimento vem carregado de informações detalhadas relacionadas aos objetivos do negócio; a análise de mercado consumidor, dos concorrentes e da cadeia de suprimentos; plano de marketing; operacionalização dos processos; da estrutura financeira, especialmente relacionado ao custeio, ao capital de giro, aos investimentos e indicadores; e por fim trata da criação de cenários e da avaliação estratégica.

De acordo com Dornelas (2005) o plano de negócio orienta o empreendedor a obter informações concretas e detalhadas acerca do ramo de negócio que deseja atuar. É uma ferramenta ajuda na identificação dos clientes potenciais, dos possíveis concorrentes e fornecedores, dando ao empreendedor uma visão geral mas também detalhada dos pontos fortes e pontos fracos do empreendimento.

Para o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae), o plano de negócio é o melhor instrumento para traçar um retrato fiel do mercado, do produto e das atitudes do empreendedor (SEBRAE, 2013).

### 1.2.2. Indicadores de Desempenho

Muitas outras metodologias e ferramentas podem ser usadas para o desenvolvimento de um planejamento estratégico, contudo ele precisa ser colocado em prática para que os resultados almejados sejam alcançados. A partir da necessidade de avaliar resultados das ações, tornou-se necessário também a criação de métricas e indicadores mensuráveis que consubstanciam o gestor nas avaliações e contribuam para um processo decisório mais ágil e assertivo (KAPLAN e NORTON, 2000).

A *Ernest Young*, grande empresa de consultoria, pertencente às *Big Four Accounting Firms*, (grupo composto pelas quatro maiores empresas multinacionais de consultoria, ao qual fazem parte *Ernest Young*, *KPMG*, *Price Waterhoucoopers* e *Deloitte*) afirma que:

Um bom plano estratégico corporativo inclui um conjunto sólido de KPI's que podem traduzir a estratégia gerencial em ações operacionais para os funcionários. Normalmente, uma estratégia de negócios não consegue alcançar esse objetivo com KPI's desalinhados. Isso enfraquece o foco nos objetivos, dificulta a comunicação e torna o plano de implementação para o pessoal ineficiente. [...] KPI selecionados em qualquer estratégia deve ter links claros e sólidos para o desempenho geral. [...] Além disso, uma grande lista de KPI's que não tem ligações claras com os objetivos gerais das empresas podem sinalizar um problema maior: falta de foco na estratégia. (ERNEST YOUNG, 2014, p. 2)

Partir para um processo de gestão que utiliza *Key Performance Indicators* - KPI's, exige um nível avançado de maturidade da organização e das pessoas que fazem parte dela. Para criar um KPI eficiente é preciso: a) identificar um problema, b) estipular uma meta, c) traçar os caminhos para alcançar a meta, d) desenvolver os KPI's de eficácia (efeito) antes dos KPI's de eficiência (causa), e) vincular os KPI's aos interesses dos *stakeholders* e aos objetivos financeiros, f) desenvolver os KPI's de saída (objetivo final) antes dos KPI's de entrada (objetivos intermediários) e g) selecionar os melhores KPI's. Assim a ferramenta proporciona um clima ativo, dinâmico e com discussões de alto nível (ERNEST YOUNG, 2014)

Um indicador de desempenho é uma ferramenta utilizada para mensurar metricamente a performance e acompanhar a evolução dos resultados de uma organização ou um processo específico (ENDEAVOR, 2015). Desse modo, os KPI's são parte integrante e fundamental dos

sistemas de ADO e estão alinhados diretamente com os objetivos estratégicos de uma organização (NASCIMENTO, 2011).

Para Muller (2003), toda análise de processos e implantação de melhorias deve estar consubstanciada por indicadores de desempenho, por fornecerem informações importantes para o processo decisório.

Merchant (2006) ressalta que ao estruturar um indicador é preciso que ele seja: a) congruente com os objetivos da organização; b) controlável pelos gestores; c) a medição e acompanhamento devem fazer sentido e influenciar diretamente os resultados finais; d) devem ser objetivos e compreensíveis e e) seu controle deve proporcionar um custo benefício atrativo.

A qualidade de um indicador está condicionada à sua aplicação e às vantagens proporcionadas por ele. Para o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) um indicador de qualidade atende aos critérios de: a) seletividade, b) simplicidade e baixo custo de obtenção, c) cobertura, d) estabilidade e e) rastreabilidade (IPEA, 1991)

Segundo Fischmann e Zilber (2014), a definição de indicador de desempenho esbarra em algumas dificuldades que precisam ser contornadas para garantir a efetividade do instrumento. O autor identifica dificuldades como a coleta e segurança de informações, falta de objetividade, falta de continuidade, dentre outros fatores. Entretanto a ênfase do estudo conclui que bons resultados são percebidos com a avaliação de desempenho estruturada por indicadores.

### **1.2.3. Métodos de ADO**

Dentre as várias teorias da Administração, foi na Teoria Neoclássica que o planejamento estratégico ganhou ênfase. Isso ocorreu a partir de 1950, tendo como principal referencia Peter Drucker e seus estudos sobre APO (Administração por Objetivos) (CHIAVENATO, 2004).

De acordo com Olson e Slater (2002), realizar avaliações de desempenho é fundamental para o controle gerencial de qualquer tipo de empreendimento. Para Harrington (1993) essa ferramenta é vital para o desenvolvimento do negócio.

Para realizar a avaliação estratégica de um determinado negócio, e assim ter condições de julgar sua efetividade, são feitas análises criteriosas do seu desempenho, determinada por indicadores estabelecidos conforme inúmeros métodos de avaliação de desempenho (VENKATRAMAN E RAMANUJAN, 1986).

Segundo Bourne (*apud* Chiareto, 2014), inicialmente a avaliação de desempenho foi muito focada em indicadores financeiros. Contudo Eccles (*apud* Chiareto, 2014) menciona a necessidade de um sistema de mensuração mais moderno, no qual os indicadores financeiros façam parte de um conjunto maior de indicadores e que abranjam a empresa como um todo. De acordo com Yokomizo (2009, p. 18):

Tais abordagens ficam conhecidas como modelos de avaliação de desempenho organizacional, que são ferramentas que se propõem a traduzir a estratégia na prática. A evolução desses modelos mostra que a estratégia de uma empresa não pode se pautar somente nas dimensões financeiras e, portanto, outras devem ser analisadas. Os modelos de avaliação de desempenho devem induzir a definição de planos de ação para os processos críticos da organização, e, assim, atingir as metas dos objetivos estratégicos estabelecidos.

Chiareto (2014) deixa claro em sua obra que uma das principais razões para realizar a avaliação de desempenho organizacional é a necessidade das empresas fazerem gestão do seu desempenho. Essa determinante é reforçada por Lebas (*apud* Chiareto, 2014) com outras 5 razões:

- a) Saber como a organização chegou onde está – os históricos contribuem para determinar metas futuras.
- b) Saber qual é o status dos processos que definem a organização – entendimento do potencial de realização no futuro.
- c) Saber para onde a organização quer ir – ajuda na definição de objetivos e metas bem como apoio a estruturação de planos de ação.
- d) Saber como chegará lá: apoio na elaboração de orçamentos, planejamentos e na melhoria contínua.
- e) Saber se chegou lá – realizar *feedback*.

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

Algumas recomendações são feitas por Corrêa (2012) para que um sistema de avaliação de desempenho organizacional seja completo, eficiente e cumpra com sua finalidade. Para ele, a ADO deve:

- a) Responder por qual motivo a avaliação é realizada
- b) Responder quem precisa dos resultados da avaliação
- c) Responder quais as variáveis e dimensões mensuradas
- d) Responder quais as fases de avaliação
- e) Responder quem realiza a avaliação
- f) Responder qual a frequência que a avaliação será realizada
- g) Ser global e abranger toda organização
- h) Registrar históricos
- i) Possibilitar comparações entre setores distintos, outras empresas e *benchmarking*
- j) Mostrar relação de causa e efeito
- k) Possibilitar a previsão e a antecipação dos fatos futuros

Com o objetivo de desenvolver novas avaliações de desempenho que atenda essa nova necessidade, inúmeros modelos foram desenvolvidos. Lugoboni (2010) trabalhou em seu estudo 24 modelos, a partir das pesquisas de KPMG (2001), Hourneaux (2005) e Netto (2007).

Quadro 1: A Evolução dos Estudos sobre os Modelos de Avaliação de Desempenho por Indicadores

Data de Origem	Nome do Modelo ou Área de Atuação	Líderes Presumidos	Ideia Principal
Pré-Século XX	Financeira	Diversos	Medição de áreas financeiras para julgar o sucesso de empreendimentos comerciais e governamentais.
Início dos anos 1900	Processos centrais (Core Processes)	Frederick Taylor e Frank e Lillian Gilbreth	Aparecimento da escola do pensamento de tempo e movimento.

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

Quadro 1: A Evolução dos Estudos sobre os Modelos de Avaliação de Desempenho por Indicadores (cont.)

Data de Origem	Nome do Modelo ou Área de Atuação	Líderes Presumidos	Ideia Principal
1930s – 1940s	Painel de controle de bordo ( <i>Tableau de Board</i> )	Engenheiros de processos franceses	Painel para identificar relações de causa e efeito – antecessor ao conceito do BSC.
	Processos operacionais	W. Edwards Deming e Walter E. Shewart	Pesquisa em torno do conceito e fontes de variabilidade e relações entre os desempenhos correntes e futuros.
	Desempenho do funcionário ( <i>Employee Performance</i> )	Diversos	Pesquisa sobre a importância do desempenho dos funcionários para o sucesso organizacional.
1954	Administração por objetivos	P. Drucker	Definição de objetivos organizacionais (metas), planos de ação e responsáveis.
1955	Método das Áreas – Chave de Resultado	R. Cordiner - (CEO - GE)	Analisa a empresa de acordo com 8 pontos chaves: Lucratividade; Posição de mercado; Produtividade; Liderança de Produto; Desenvolvimento de Pessoal; Atitude dos Empregados; Responsabilidade Pública e Equilíbrio, entre objetivos de curto e longo prazo.
1964	Contabilidade de recursos humanos	Roger H., Hermanson e outros	Quantificação de valor econômico de pessoas como insumo de decisões gerenciais e financeiras.
1970	Método de Buchele	Robert Buchele	Na análise da força competitiva, dos principais departamentos, financeira e da administração da cúpula.
1986	O Método da Avaliação Global de Desempenho de Corrêa	H. L. Corrêa	Verifica as causas de desempenho, dentro de cada módulo de desempenho da organização.
1990s	BSC – <i>Balanced Scorecard</i>	Robert S. Kaplan e David P. Norton	Scorecard para medir e estabelecer relações de causa e efeito de quatro perspectivas sobre processos: financeiros, de clientes, internos e crescimento.
1990	PMQ – <i>Performance Measure Questionnaire</i>	Dixon, Nanni e Vollmann,	Avalia a efetividade do sistema de medição de desempenho. Identificar as necessidades de melhoria das organizações.
1991	SMART – <i>Strategic Measurement and Reporting Technique</i>	Lynch e Cross	Levar a visão da organização, traduzida em objetivos financeiros, aos sistemas de operação do negócio, de forma que as medidas operacionais sustentem a visão da organização.

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AValiação de Desempenho Organizacional: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

1993	SCD – Sete Critérios de Desempenho	Sink e Tuttle	Avaliar o desempenho global da organização por meio de todos os seus pontos-chave.
------	------------------------------------	---------------	--

Quadro 1: A Evolução dos Estudos sobre os Modelos de Avaliação de Desempenho por Indicadores (cont.)

Data de Origem	Nome do Modelo ou Área de Atuação	Líderes Presumidos	Ideia Principal
1994	MQMD - Modelo Quantum de Medição de Desempenho	Hronec	Avaliar o “valor” para o cliente, que é o relacionamento entre custo e qualidade e o “serviço” para o cliente, que é o relacionamento entre qualidade e tempo.
	O Método de Rummler e Branche	Rummler e Branche	Modelo que trabalha a relação entre as Necessidades de Desempenho e os Níveis de Desempenho.
1997	IDPMSb - <i>Integrated and Dynamic Performance Measurement System</i>	Ghalayimi e Noble, 1996; Ghalayimi, Noble e Crowe, 1997	Procurar a melhoria por meio da integração das áreas e a “alça de feedback”. As equipes de melhoria atualizam os padrões de desempenho.
	Skandia Navigator	L. Edvinsson	Fornece uma imagem equilibrada do capital financeiro e intelectual, para a partir disso criar um Valor sustentável agindo de acordo com uma visão empresarial e a estratégia que dela resulta.
1999	SIGMA <i>Sustainability Scorecard</i>	British Standards Institution e outros	<i>Triple Bottom Line – Scorecard</i> medir e estabelecer relações sob quatro enfoques: sustentabilidade, cliente externo e interno, conhecimento e habilidade.
2000	VE - <i>Value Explorer</i>	Criado em 2000 por Andriessen & Tissen da KPMG Knowledge Advisory Services (Países Baixos)	Dar uma percepção do potencial futuro de ativos intangíveis, levando em conta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valor adicionado para clientes;</li> <li>• Competitividade;</li> <li>• Sustentabilidade, e</li> <li>• Robustez.</li> </ul>
	IDPMSa - <i>Integrated and Dynamic Performance Measurement System</i>	Bititci, Carrie e McDevitt, 1997, Bititci, Carrie e Turner, 1998, Bititci, Turner e Bergmann, 2000	Viabilizar o desdobramento da visão e da estratégia por meio da estrutura hierárquica e promover a integração entre a unidade operacional, a supervisão, a média gerência e a alta direção.
2001	VCS - <i>Value Chain Scoreboard</i>	Originado em 2001 por Baruch Lev. Philip Bardes, professor de Contabilidade e	O <i>scoreboard</i> usa uma cadeia de valor, que consiste em três fases: descoberta de novos produtos ou serviços ou processos, estabilização de exequibilidade tecnológica e

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AValiação de Desempenho Organizacional: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

		Finanças na Stern School of Business da New York University	comercialização de novos produtos e serviços.
--	--	---	---

Quadro 1: A Evolução dos Estudos sobre os Modelos de Avaliação de Desempenho por Indicadores (cont.)

Data de Origem	Nome do Modelo ou Área de Atuação	Líderes Presumidos	Ideia Principal
2002	PP – <i>Performance Prism</i>	Sistema construído a partir dos pontos fortes dos principais modelos existentes na literatura, procurando minimizar os pontos fracos, por Neely, Adams e Crowe (2001) e por Kennerley e Neely, (2002)	Utiliza-se o prisma de desempenho respondendo-se as perguntas relacionadas à satisfação dos interessados, às estratégias, aos processos, às capacidades e à contribuição dos interessados.
	PNQ – Prêmio Nacional da Qualidade	FPNQ – Fundação para Prêmio Nacional da Qualidade, 2002 – Modelo do prêmio nacional da qualidade brasileiro	Fornecer uma visão abrangente de como otimizar o desempenho organizacional. É mais uma ferramenta de diagnóstico do que um sistema de medição.

Fonte: adaptado de (KPMG, 2001; HOURNEAUX, 2005; NETTO, 2007; *apud* LOGOBONI, 2010, ps. 24 a 28)

De acordo com Martins (1999) a maior quantidade de estudos inerentes à avaliação de desempenho, bem como a relevância dos mesmos, ocorreu a partir da década de 90, motivadas especialmente pelas publicações do professor Kaplan na *Harvard Business School* e Norton publicaram o primeiro artigo sobre o *Balanced Scorecard*, que vem a ser o modelo de avaliação por indicadores mais conhecido nos dias atuais (KAPLAN e NORTON; 1992).

Em detrimento da evolução dos modelos, Harrington (1993) faz um paralelo sobre as características de mensuração dos indicadores de desempenho, antes e depois da década de 90, conforme mostrado no Quadro 2.

Quadro 2: Mudanças na Mensuração de Desempenho

Antes da Década de 90	Depois da Década de 90
Medição dos produtos	Medição de processos e serviços
Administração de lucros	Administração de recursos

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

Realização de metas	Aperfeiçoamento contínuo
Medição de quantidades	Medições de eficácia, eficiência e adaptabilidade
Medições baseadas em especificações técnicas ou empresariais	Medições baseadas nas expectativas dos clientes internos e externos
Atenção concentrada no indivíduo (indivíduos são capazes de controlar os resultados)	Atenção concentrada no processo (os processos determinam os resultados e devem ser controlados)
Processo imposto de cima para baixo	Equipe envolve e gerencia o desempenho

Fonte: adaptado de (HARRINGTON, 1993, p. 212)

Diante desse paralelo, fica perceptível que o enfoque dos modelos de avaliação de desempenho deixou de ser consubstanciado na eficiência e na tarefa, conforme regida pela Teoria da Administração Científica de Taylor (1903) e passa a atenção para os processos de melhoria contínua e da integração entre os *stakeholders* (CHIAVENATO, 2004).

Pertinente às novas diretrizes internas e externas das empresas, tocante à avaliação de desempenho, Martins (1999, p. 20) faz uma avaliação dos modelos e enumera algumas características comuns, conforme apresentado no Quadro 3.

**Quadro 3: Características Comuns dos Modelos de ADO**

Ser congruente com a estratégia competitiva.
Ter medidas financeiras e não-financeiras.
Direcionar e suportar a melhoria contínua.
Identificar tendências e progressos.
Facilitar o entendimento das relações de causa e efeito.
Ser facilmente inteligível para os funcionários.
Abranger todo o processo, desde o fornecedor até o cliente.
Informações disponíveis em tempo real para toda a organização.
Ser dinâmico.
Influenciar a atitude dos funcionários.
Avaliar o grupo e não o indivíduo.

Fonte: adaptado de (MARTINS, 1999, p. 20)

Para efeito de comparação entre os modelos, de Yokomizo (2009) estabelece sete dimensões que a ADO deve alcançar sendo elas: a) financeira, b) clientes, c) processos, d) pessoas, e) sustentabilidade, f) *stakeholders* e g) responsabilidade social.

Muitos são os modelos de avaliação de desempenho conforme vimos anteriormente. Cada um agregou em sua metodologia algum critério específico em busca de avaliações, que vão além dos atributos relacionados à área financeira. Contudo, os modelos mais atuais tornaram-se multidisciplinares por alcançar um volume maior de requisitos avaliados, mas também tornaram-se mais complexos em sua gestão (CHIARETO, 2014)

Baseado nos estudos realizados por Hourneaux (2005), Cunha (2008), Yokomizo (2009), Lugoboni (2010) e Chiareto (2014), alguns modelos teóricos de avaliação de desempenho organizacional foram comumente relatados nessas obras. Assim vejamos as características dos modelos mais citados por eles.

#### **1.2.3.1. Modelo de *Tableau de Bord***

Na França do século XX, engenheiros em busca de novas formas de melhorar a produção, desenvolveram o *Tableau de Bord*, uma espécie de painel de instrumentos, semelhante ao de aviões e navios, com o qual era possível estabelecer uma relação de causa e efeito dos fatos; com isso foi possível utilizá-lo como navegador, direcionando para os melhores caminhos. (EPSTEIN *et al* e LAUZEL *et al*; *apud* HOURNEAUX, 2005)

O *Tableau de Bord* consiste na definição de objetivos bem fundamentados que traduzem a missão e visão da organização, sendo ele derivado dos *KSF – Key Success Factors*. A partir desses *KSFs*, *KPI – Key Performance Indicators*, financeiros e não-financeiros, são atrelados para monitorar o desempenho da organização numa estrutura sistematizada. (DeBUSK *et al*, *apud* HOURNEAUX, 2005)

Hourneaux *apud* Yokomizo (2009) relata que este modelo é fundamentado para responder quatro perguntas:

- a) Quem? – responsáveis pela estrutura administrativa, pela delegação de tarefas, a comunicação e o fluxo de informações.
- b) O que? – informações relevantes para determinada função ou responsável.
- c) Como? – análise de históricos e tendências para orientar análises mais profundas.

- d) Quando? – frequência da comunicação entre os envolvidos e também entre os níveis hierárquicos.

Os pontos fortes do *Tableau de Bord* estão na estruturação de diversos indicadores num plano único; na descentralização para os departamentos; permite que o gestor avalie o desempenho particular de sua unidade de negócio; informa o desempenho a todos os níveis e estimula o envolvimento de todas as unidades de negócio em prós da estratégia da empresa (CUNHA, 2011 *apud* LOGOBONI, 2014). Hourneaux (2005) também menciona a contribuição desse modelo para a definição de agendas e direcionamento para o foco em reuniões administrativas.

Os pontos fracos estão relacionados à priorização dos objetivos de cada unidade de negócio e não nos objetivos globais da organização, o que torna a ferramenta com foco operacional e não estratégico (YOKOMIZO, 2009).

#### **1.2.3.2. APO - Administração por Objetivos**

Segundo Maximiano (2004) a centelha da APO surgiu na década de 1920, na *General Motors*, quando seu diretor Alfred Sloan difundiu o estabelecimento de objetivos e a avaliação dos resultados na organização. Posteriormente, na década de 1950, Peter Drucker complementou essa iniciativa sendo hoje considerado o pai da APO.

“A Administração por Objetivos é um método de planejamento e controle administrativo baseado na premissa de que para atingir resultados, a empresa precisa definir em que negócio está e onde pretende chegar” (LODI, 1974, p.58).

Na APO, metas são estabelecidas, com a colaboração dos envolvidos nos processos, com estrutura hierárquica de responsabilidade pela gestão dos resultados bem delimitada, onde indicadores e padrões de desempenho são constituídos e avaliados numa determinada frequência (CHIAVENATO, 2004). Para Drucker (1954) “A APO é o alvo da empresa e a razão de sua existência”.

Daft e Marcic (2004) é citado em estudos como os de Hourneaux (2005) e Logoboni (2010) onde eles estruturam o processo de APO em quatro etapas: a) estabelecimento de metas; b)

desenvolvimento de plano de ação; c) revisão do progressos; d) avaliação do desempenho global.

Nesse processo de mensuração do desempenho, Drucker (1954) salienta a necessidade de um administrador com grande habilidade analítica, capaz de definir escalas de mensuração particulares em cada indicador e ainda, que alcance os fatores críticos da organização. Esses indicadores precisam ser balanceados conforme o cenário que a organização está inserida e deve contemplar caráter imediato, mas também de longo prazo.

Para Drucker (1954) e Lodi (1974), os objetivos são estabelecidos de acordo com a prioridade da organização e a relevância que seu controle proporciona aos resultados. Alguns dos objetivos mais comuns estão relacionados ao desempenho da organização diante da: a) posição no mercado; b) da inovação dos produtos e serviços; c) da produtividade; d) da eficiência; e) da qualidade; f) da rentabilidade; g) do endividamento; h) do retorno do capital; i) da qualidade das decisões especialmente da alta administração; j) da responsabilidade social; k) da satisfação dos clientes e l) da competitividade global.

A APO apresenta benefícios como definição de objetivos claros, melhoria do planejamento, padrões de controle claros, aumenta a motivação e melhora a moral da equipe e torna as avaliações mais objetivas (CHIAVENATO, 2004).

Atitudes como dar ênfase consciente na formulação de objetivos consensuais; praticar o *feedback* e os *feedforward* e dar oportunidade para a participação dos envolvidos pode potencializar significativamente os benefícios conforme relata Hellriegel e Slocum (1974 *apud* Chiavenato, 2004).

Daft e Marcic (2004) também contribuem ao mencionar como vantagens o esforço focado dos gerentes e empregados em atividades que levam ao alcance das metas, à melhoria do desempenho organizacional como um todo e o alinhamento das metas individuais com as metas globais.

Como desvantagens Lodi (1974), embora reconheça muitos benefícios da APO, estabelece uma crítica devido à grande exigência sobre os indivíduos. Ele pondera essa crítica ao afirmar que as pessoas precisam ser preparadas para receber e aplicar o método de maneira eficaz.

Chiavenato (2004) também enumera alguns problemas que a APO pode proporcionar como estabelecimento de objetivos incompatíveis, intangíveis ou desalinhados com a realidade; o excesso de papelório e burocratização; tendência de menosprezar os resultados mais importantes por serem mais complexos de serem alcançados e atritos nos elos da hierarquia. Chiavenato (2004, p.201) enfatiza ainda que “as críticas ao APO são decorrentes de abusos e má interpretação. Sua aplicação apressada sem a devida preparação das pessoas pode conduzir a resultados desastrosos.”

Darft e Marcic (2004) expõem desvantagens muito semelhantes às já mencionadas, acrescentando apenas a dificuldade de consolidação do APO em decorrência de constantes mudanças ambientais.

#### **1.2.3.3.Método das Áreas-Chave de Resultados**

Foi na *General Electric* que os indicadores não-financeiros foram incluídos no sistema de avaliação de desempenho organizacional pela primeira vez. Por volta de 1951 o CEO dessa empresa instituiu esses indicadores por estar insatisfeito com a avaliação de desempenho da empresa, em aspectos gerais, baseado apenas em indicadores financeiros. Havia nesse cenário a compreensão da importância primordial dos indicadores financeiros, em especial o lucro como medida de controle geral, entretanto considerar somente esse tipo de indicador torna a avaliação de desempenho limitada (NORREKLIT, 2000; ECCLES, 1998; KOONTZ e O'DONNELL, 1969; *apud* HOURNEAUX, 2005).

Lewis in Mason e Swanson (1981) também citado por Hourneaux (2005, p. 34 e 35), relaciona cinco fundamentos básicos para a estruturação de um sistema de mensuração:

- a) O escopo do projeto de mensuração refere-se aos componentes da organização e não aos indivíduos.
- b) O foco deve ser orientado para definir indicadores de desempenho e não padrões de desempenho
- c) A mensuração servirá para suplementar e não suplantando o julgamento dos administradores.
- d) A mensuração deve atender tanto aos objetivos de curto quanto de longo prazo.
- e) A mensuração deve ocorrer minimamente em todos os níveis da estrutura organizacional.

A partir dessas premissas, foram estabelecidas oito áreas-chave, que vieram a se tornar o norteador desse modelo de avaliação de desempenho organizacional: a) lucratividade; b) posição de mercado; c) produtividade; d) liderança do produto; e) desenvolvimento do pessoal; f) atitudes dos empregados; g) responsabilidade pública e h) equilíbrio entre objetivos de curto e longo prazo.

De acordo com Koontz e O'Donnell (1969 *apud* Hourneaux, 2005), o administrador busca identificar, na implementação do modelo, as áreas-chave prioritárias e estabelece metas para cada uma, segundo suas particularidades, mas focado os objetivos estratégicos da organização.

Por este modelo ter sido desenvolvido exclusivamente para atender às particularidades da *General Electric*, Lugoboni (2010) questiona a aplicabilidade do Método de Áreas-Chave de Desempenho em outros tipos de empresa, por entender que nem todas têm as mesmas características (áreas-chaves) que a idealizadora. Entretanto, o autor conclui que este modelo pode ser ajustado conforme as competências essenciais e vantagens competitivas da empresa que o desejar utilizar, sem prejuízo na eficácia do modelo.

#### **1.2.3.4. Método de Buchele**

O Método de Buchele tem origem na publicação do Manual de Avaliação de Empresas, por Robert Buchele em 1971. No manual ele enfatiza a necessidade de avaliar as organizações de forma analítica e de mensurar o desempenho delas quantitativamente. Segundo Buchele (1971) esse trabalho tem dois focos: o primeiro é relacionado à melhoria do desempenho da organização e a segunda trata da situação futura da empresa.

O método consiste fundamentalmente em 4 pilares: a) análise das forças competitivas; b) análise financeira; c) análise dos principais departamentos e d) análise dos processos administrativos.

Para Corrêa (1986), embora o método seja abrangente e capaz de fornecer informações importantes, Robert Buchele não deixa claro como é feita a sua implementação. Questiona também que esse método não estabelece uma relação de causa e efeito na análise dos resultados e também não proporciona integração dos departamentos.

#### **1.2.3.5. Método da Avaliação Global de Desempenho**

Este método foi desenvolvido por Hamilton Corrêa, economista brasileiro e pesquisador da FEA-USP (Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo), que no ano de 1986 em sua tese de doutoramento, fez um estudo avançado sobre a avaliação de desempenho de empresas estatais.

Este método, também conhecido por MADE-O, foi desenvolvido para ser aplicado em empresas estatais, mas conforme Cunha (2011) relata, a flexibilidade do método propicia sua aplicação também em empresas privadas.

O MADE-O é um método estruturado quanto à base fundamental de avaliação de desempenho mas também quanto ao processo de implementação do mesmo. Corrêa (1986) estabelece 10 módulos de avaliação que abrange toda a empresa. São eles: a) econômico e financeiro; b) operacional; c) recursos humanos; d) satisfação do cliente e usuários; e) inovação tecnológica; f) adaptação ao ambiente; g) avaliação técnica; h) clima organizacional; i) benefícios sociais e j) potencialidade gerencial.

Já o processo de implementação compreende 5 fases (CORRÊA, 1986):

- a) Fase 1 – Descrição da empresa, ambiente, cultura, missão, objetivos, estrutura e estratégia.
- b) Fase 2 – Definição dos módulos (mencionados anteriormente), hierarquização e inter-relações.
- c) Fase 3 – Definição de indicadores e metodologias de levantamento de dados.
- d) Fase 4 – Definição de padrão de desempenho com referencia interna, externa (como *benchmark*) e estabelecimento de metas.
- e) Fase 5 – Avaliação dos resultados obtidos, comparação com as referências, análises de causa e efeito, *feedback* e ajustes.

Corrêa (2012) relata como diferencial do seu método o fato dele alcançar características de abrangência, antecedência, casualidade, comparabilidade e perenidade. Yokomizo (2009) ressalta que o MADE-O é o primeiro método de avaliação de desempenho que trata de forma conjunta essas cinco características.

Como dificuldade o próprio autor relata algumas características restritivas como o bloqueio dos funcionários, bloqueios gerenciais, bloqueios relativos às características político-sociais da empresa e as limitações metodológicas.

#### **1.2.3.6. BSC – *Balanced Scorecard***

Os idealizadores do BSC são os professores da *Harvard Business School* Robert Kaplan e David Norton. O fundamento básico para criação deste método foi o modelo de Áreas-Chaves de Resultados desenvolvido na *General Electric* na década de 50.

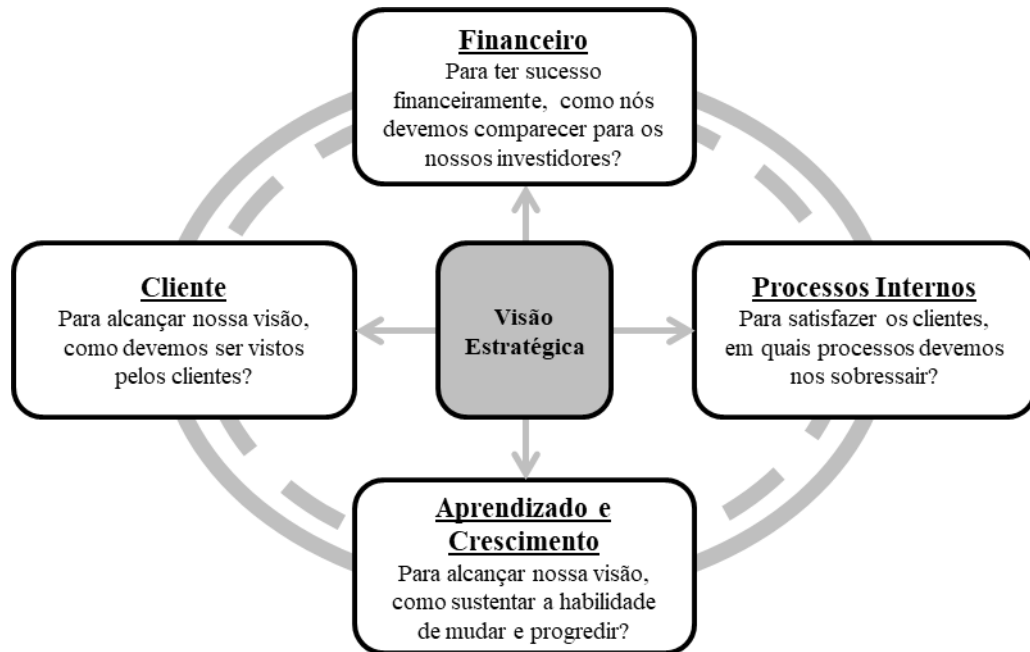
Com o advento do movimento da qualidade e produtividade – difundido pelas empresas japonesas na década de 80 – as carências do modelo empregado na *General Electric* tornaram-se mais evidentes. Contudo as empresas americanas tiveram de se adequarem a esse novo cenário e a desenvolverem novas metodologias de avaliação. (KAPLAN e NORTON, 2000)

Fruto de um estudo subsidiado pela KPMG – grande empresa de consultoria que integra as *Big Four* – Kaplan e Norton (1992) publicam o artigo “*The Balanced Scorecard – Measures That Drive Performance*”. Nele o BSC é apresentado como novo instrumento de avaliação de desempenho de medidas financeiras e não financeiras.

Para Kaplan e Norton (1997, p. 24 e p. 304) o BSC “é uma ferramenta completa que traduz a visão e a estratégia da empresa num conjunto coerente de medidas de desempenho”. Os autores complementam a definição da ferramenta com uma justificativa para sua utilização, ao considerá-la “pedra angular do sistema gerencial de uma organização”.

O BSC é uma metodologia estruturada em quatro perspectivas, das quais estão integradas à visão e estratégias da empresa, conforme é apresentado na Figura 9. Essa integração busca equilibrar os objetivos de curto prazo aos de longo prazo, as metas almejadas bem como os fatores que as influenciam.

Figura 10: *Balanced Scorecard*



Fonte: Adaptado de (KAPLAN e NORTON, 1997)

Vejamos as perspectivas estabelecidas por Kaplan e Norton (1992) conforme os estudos de Kallas (2003):

- a) **Perspectiva Financeira** – o foco está na mensuração dos objetivos e medidas monetárias, cujos resultados são reflexos da operacionalização da empresa. Para Kaplan e Norton (1997) a perspectiva financeira é o alvo das outras perspectivas. Ela abrange a fase de crescimento, de sustentação e de colheita, fundamentada por indicadores que retratam o crescimento do negócio, as receitas, os custos, o lucro, o retorno sobre o patrimônio e sobre os ativos dentre outros indicadores relacionados.
- b) **Perspectiva do Cliente** – busca mensurar e relacionar a proposta de valor ofertada pela empresa às expectativas e percepções dos clientes. Essa perspectiva busca mensurar os aspectos intrínsecos dos produtos e serviços, o relacionamento com os clientes e a imagem que a empresa repercute perante a sociedade. Indicadores como participação no mercado, retenção de clientes, satisfação do cliente, dentre outros são característicos.
- c) **Perspectiva dos Processos Internos** – trata-se dos processos operacionais executados pela empresa a fim de apoiar os objetivos financeiros e de mercado. Os indicadores dessa perspectiva são focados nas tarefas mais importantes que a empresa deve executar

e também naqueles que mais agregam valor ao cliente. Kaplan e Norton (1997) fundamenta essa perspectiva conforme características da cadeia de valor relatada por Hamel e Prahalad (1995) por alcançar os processos de inovação, de fabricação e de entrega ao cliente.

- d) Perspectiva de Aprendizado e Crescimento – esta perspectiva busca mensurar a eficiência dos processos de melhoria contínua e sua capacidade de proporcionar a consecução dos objetivos e metas. A majoração da capacidade humana, seus relacionamentos, motivação, *empowerment*, liderança e eficácia profissional são os alvos dos indicadores dessa perspectiva. Kaplan e Norton (1997, p. 149) evidenciam que “uma das metas mais importantes do BSC é promover o crescimento das capacidades individuais e organizacionais”.

Numa relação sinérgica e sincronizada de causa e efeito, a integração dessas perspectivas proporciona o desenvolvimento de mapas estratégicos. Esses mapas mostram o caminho para transformar os recursos empregados na empresa em resultados, vindo estes a se tornar a evolução do *Balanced Scorecard* (KAPLAN e NORTON, 2004 *apud* OLIVEIRA, 2008).

Além das perspectivas das quais o BSC está fundamentado, Serra (2014) nos mostra como é a implementação deste modelo. A primeira etapa envolve a definição das estratégias e visão do negócio, a segunda etapa estabelece a definição dos indicadores da estratégia, a terceira etapa trata-se da integração dos indicadores no sistema de gestão da empresa e finalmente é feito o acompanhamento dos resultados e estabelecidas as ações corretivas e preventivas, num processo cíclico de melhoria contínua.

Inúmeros outros aspectos compõem a estruturação do BSC. Contudo ele deixou de ser apenas uma metodologia de ADO e passou a ser considerada uma ferramenta de planejamento estratégico devido sua abrangência e pelos resultados alcançados. O BSC teve grande aceitação no meio acadêmico e entre os gestores de empresa (BUTLER, LETZA e NEALE, 1997).

Ireland (2015) relata a utilização do BSC no século XXI em grandes empresas. Destaca-se a fabricante de carros Porsche, por emprega-lo no processo de retomada da liderança no mercado de carros esportivos e também o caso do Alibaba, grande empresa chinesa no setor de tecnologia, que desenvolve seu gerenciamento estratégico baseado no BSC.

### ***1.2.3.7. Skandia Navigator***

O *Skandia Navigator* é uma metodologia criada por Leif Edvinsson, na Suécia em 1997 numa empresa de serviços financeiros e seguros, atuante nos países nórdicos. Seu objetivo é “identificar, mensurar, monitorar e gerenciar os componentes do Capital Intelectual (CI)”, composto pelo a) capital humano – relacionado aos conhecimentos, habilidades, atitudes, experiências, poder de inovação, aos valores e cultura dos indivíduos e da empresa – e também pelo b) capital estrutural – baseado na infraestrutura tecnológica, marcas e patentes, dentre outros aspectos que apoiam a produtividade (EDVINSSON e MALONE, 1998).

Segundo Sousa (2009), a empresa Skandia buscava meios para avaliar o desempenho de seus investimentos em ativos intangíveis. Contudo os relatórios apresentados aos *stakeholders* continham informações distorcidas, que os induziam a avaliações equivocadas. Com a implementação do *Skandia Navigator* esse viés foi minimizado.

O CI é mensurado conforme o agrupamento de cinco fatores: a) financeiro, b) cliente, c) processos, d) renovação e desenvolvimento e e) humano. (EDVINSSON e MALONE, 1998).

A partir desses, aproximadamente trinta indicadores-chave são atribuídos. Numa estruturação hierárquica dos indicadores, os a) financeiros ocupam o topo e avaliam o passado; os indicadores relacionados à b) cliente, c) processos e e) humano avaliam o desempenho atual e são considerados pilares do topo; já os indicadores relacionados à d) renovação e desenvolvimento são a base de todo processo e buscam vislumbrar o futuro. (SVELBY, 1998 e VON KROGH *et al*, 2001 *apud* HOURNEAUX, 2005).

O diferencial dessa metodologia segundo Pablos (2003 *apud* Sousa, 2009) é a coordenação das medidas financeiras com o capital intelectual. Segundo Silveira (2017) investimentos em ativos intangíveis, como o CI, proporcionam vantagens competitivas às empresas. Portanto, mensurar, avaliar e gerir esse capital passa a se tornar uma abordagem valiosa. Muito embora haja outras metodologias que avaliam o CI das empresas, seu valor não é considerado nas demonstrações contábeis (SILVEIRA, 2017).

#### **1.2.3.8. SIGMA Sustainability Scorecard**

Trata-se de uma *framework* ousada, criada no Reino Unido em 2003 por meio da união de importantes instituições, cujo objetivo foi mensurar e avaliar as organizações de todo mundo através do *Sigma Sustainability Scorecard* (SIGMA, 2003)

Este modelo é fundamentado para garantir a criação de valor para as empresas por meio do *triple bottom line*. Trata-se de um tripé de sustentabilidade consubstanciado pelo desempenho econômico, pelas contribuições sociais e pelas ações ecológicas que permeiam as empresas (BENNETT, 2004 *apud* HOURNEAUX, 2005)

Segundo Hourneaux (2005, p. 63) algumas características do *Sigma Sustainability Scorecard* são semelhantes ao BSC como a definição das perspectivas básica para as avaliações de desempenho e também por haver uma forma sistematizada de implementação. Esta implementação é composta por dez fases: a) sensibilização, b) definição de estratégias e metas, c) ações, impactos e resultados, d) aspectos legais e regulatórios, e) planejamento estratégico, f) planejamento tático, g) comunicação e treinamento, h) controle e influência, i) monitoramento, evidência objetiva e *feedback* e j) reporte dos processos e revisão estratégica.

Muito embora atitudes no meio empresarial voltadas para a sustentabilidade, especialmente a ambiental, seja limitada às exigências legais, Palhares (2003, *apud* Lugoboni, 2010) ressalta que esta abordagem é uma tendência por ser considerada uma competência essencial para obter vantagem competitiva e é percebida pelos clientes.

#### **1.2.3.9. Outros Modelos**

Muitos outros modelos de ADO são identificados na literatura. Cada um com suas perspectivas na busca por sanar os anseios de seus idealizadores como: a) Prisma de Desempenho, b) Método de Rummler e Branche, c) Prêmio Nacional da Qualidade, d) Modelo de Martindell, e) *Performance Measure Questionnaire*, f) *Strategic Measurement and Reporting Technique*, g) Sete Critérios de Desempenho, h) Modelo Quantum de Medição de Desempenho, i) *Integrated and Dynamic Performance Measurement System*, j) *Value Explorer* e k) *Value Chain Scoreboard*.

Empresas de alta performance, como as do setor de tecnologia e financeiro estão a frente de seu tempo no aspecto de gestão de desempenho, vindo a ser exemplos a serem seguidas. A *McKinsey & Company* – grande empresa de consultoria norte-americana, especializada em criar valor para as instituições de diversos segmentos – nos apresenta um olhar futurista sobre esse assunto ao questionar esses modelos cartesianos – como o *Balanced Scorecard* por exemplo – por considera-los fatores que interferem na motivação das pessoas, contudo no seu desempenho e no desempenho da empresa (McKINSEY, 2016).

A *McKinsey & Company*, consubstanciada pelo estudo A Frente da Curva: O Futuro da Gestão de Desempenho (McKINSEY, 2016), sugere um modelo que rompe paradigmas, onde o fator alvo; preponderante e impulsionador da melhoria no desempenho das instituições, chama-se pessoas.

O estudo salienta a necessidade de medir, mas considera esta apenas uma fase mecânica no processo de melhoria, sendo imprescindível sua automatização. Por conseguinte, os esforços precisam ser direcionados para o *crowdsourcing*, novo termo da língua inglesa que significa contribuição colaborativa ou colaboração coletiva (ENDEAVOR, 2015), no qual a filosofia do *coaching* tem um peso crucial. A essência fundamental dessa nova abordagem está na “necessidade cada vez maior de as empresas inspirarem e motivarem a boa performance das pessoas” ao explorar ferramentas que permitam criar uma base rica de informações e *feedbacks* por meio do *crowdsourcing* (McKINSEY, 2016).

Esta é uma abordagem inédita da qual não foi encontrado estudos quanto à sua aplicação prática, mas que desperta grande interesse.

### **1.3.A ADO Aplicada na Gestão Hospitalar**

A preocupação com a qualidade nos serviços de saúde vem desde os primeiros atendimentos médico-hospitalares, uma vez que era inconcebível atuar sobre a vida de um indivíduo sem fazê-lo com o maior padrão de qualidade possível (D’INNOCENZO, 2006).

De acordo com a Lei n 8.080 de 1990, os serviços de saúde ofertados aos brasileiros devem atender aos critérios de universalidade, integralidade, equidade dentre outras características, entretanto problemas dos mais diversos tipos e gravidade são recorrentes.

La Forgia e Couttolenc (2009) contestam enfaticamente a eficiência dos serviços de saúde no Brasil, especialmente os serviços públicos. Destacam-se a má distribuição dos leitos, má gestão da rede de assistência e dos próprios hospitais, formas de remuneração e auditorias inadequadas, controle ineficiente da utilização dos recursos, dentre outros fatores que justificam a precariedade do setor.

Os modelos contemporâneos de gestão aplicada na área da saúde são alicerçados pelos métodos científicos, pelas associações profissionais e pelos modelos industriais (GILMORE e NOVAIS *apud* ROTTA, 2004). Contudo a influência do desenvolvimento tecnológico, da medicina, dos sistemas de informação e de gestão são fenômenos que provocaram e ainda provocam mudanças significativas no padrão de qualidade dos serviços de saúde e contribuem com a evolução dos novos modelos (CHIARETO *et al*, 2015).

Coelho (2008) considera o início do século XIX um marco na profissionalização da gestão de entidades ligadas à área da saúde. Contudo, é importante avançar nos estudos de ADO, voltados especialmente para as entidades vinculadas ao SUS, pois carecem de bons gestores e bons métodos de gestão. O Brasil conta com mais de 6.000 hospitais prestadores de serviços ao SUS, que potencialmente podem usufruir dos benefícios da ADO (BRIZOLA, 2010).

Atualmente, há muitos programas de ADO aplicados na área da saúde. Rotta (2004) cita estudos realizados em entidades nos Estados Unidos, Reino Unido, Austrália, América Latina e Caribe que apontam vários modelos, cada qual com sua particularidade. Há modelos, por exemplo, que chegam a ter 450 indicadores de desempenho.

Um modelo mais compacto estabelece um grupo de nove indicadores de desempenho hospitalar: a) infecção hospitalar, b) infecção de feridas cirúrgicas, c) taxa de necropsia, d) taxa de reações transfusionais, e) mortalidade neonatal, f) mortalidade perioperatória, g) erros de medicação, h) taxa de cesariana e d) taxa de readmissões (SUMMER e KAJANDJIAN, 1990 *apud* ROTTA, 2004).

Segundo estudos de Donabedian (1990), a qualidade dos serviços de saúde é fundamentada em três elementos: a) estrutura – ao abranger os recursos físicos, humanos e financeiros; b) processos – ao envolver a organização e funcionamento das tarefas; e c) resultados – fruto das ações executadas. Com objetivo de permitir uma avaliação ampla e sistêmica dos partícipes nos serviços de saúde, indicadores integrados num sistema de avaliação multidimensional são necessários para orientar o gestor.

A definição dos seus indicadores está associada aos três elementos, que de forma complementar buscam atender sete dimensões de qualidade: a) eficácia, b) efetividade, c) eficiência, d) otimização, e) aceitabilidade, f) legitimidade e g) equidade (DONABEDIAN, 1990).

Souza *et al* (2009) apresenta em seu estudo sobre Indicadores de Desempenho para Hospitais, grande quantidade de literatura nacional e internacional relacionada ao assunto. A característica comum delas é a utilização de indicadores econômico-financeiros e operacionais para análise das organizações hospitalares. Entretanto Novaes (2000 *apud* Rotta, 2004, p. 21) considera que esses modelos ainda estão em construção e carecem de validações relacionadas ao “objetivo da avaliação, posição do avaliador, enfoque priorizado, metodologia predominante, contexto da avaliação, forma de utilização da informação produzida, tipo de juízo formulado e temporalidade da avaliação”.

Neste cenário, cabe aos gestores hospitalares o desafio de melhorar a efetividade dos serviços, com melhoria na assistência aos pacientes e no desempenho institucional (CUNHA e CORRÊA, 2013).

### **1.3.1. Aplicação do *Balanced Scorecard* na Gestão Hospitalar**

A área hospitalar possui características peculiares, que demanda atenção dos gestores no momento de escolher seu modelo de avaliação de desempenho (GURGEL, 2016), especialmente se forem modelos advindos da indústria, como o *Balanced Scorecard* (CUNHA e CORRÊA, 2013).

O *Balanced Scorecard* foi estudado em diversas organizações de saúde pelo mundo. Dittadi *et al* (2013) menciona os estudos realizados na Finlândia, Espanha, Paquistão, China, Japão e Suécia. Neles, concluiu-se que este modelo atende as determinantes da gestão por objetivos; o BSC é utilizado com maior ênfase por gestores mais jovens, inclusive em substituição ao tradicional orçamento empresarial; o modelo proporciona uma gestão participativa e melhoria na liderança; facilita a divulgação das informações e integração com as equipes; contribui para a construção do conhecimento, dentre outras características positivas perceptíveis na maioria dos casos.

Jung e Jacques (2006) avaliou a aplicação do BSC associado ao método de Pensamento Sistêmico num pronto-socorro em Porto Alegre – RS. Suas considerações retratam o BSC como instrumento inapropriado para avaliar o desempenho por não alcançar as complexidades da área da saúde. Entretanto, associado ao Pensamento Sistêmico, que analisa a casualidade circular, passa a ser considerado um instrumento válido para tal finalidade.

Já a aplicação do *Balanced Scorecard* na área pública apresenta um conflito de interesses em detrimento dos objetivos. Na área pública o foco das análises concentram apenas na eficiência e eficácia do serviço. Um estudo realizado num hospital público em Pernambuco mostrou a ausência de sistema de avaliação de desempenho e de estratégias, com avaliações realizadas apenas com base em simples relatórios administrativos e contábeis. Depois de um processo de adequações, o *Balanced Scorecard* foi implantado com indicadores externos, indicadores hospitalares e indicadores econômico-financeiros, mas sem alcançar toda sua abrangência que o método propõe (SILVA *et al*, 2006).

Em 2002, tentativas frustradas de implementar o *Balanced Scorecard* no Instituto Nacional do Câncer (INCA) no Rio de Janeiro, forçaram seus gestores a manter suas avaliações alheia a qualquer metodologia estruturada. Essas frustrações foram ocasionadas pela falta de referências sólidas quanto à aplicação e eficiência do *Balanced Scorecard* em hospitais e também por mudanças significativas no corpo gestor do INCA. Algum tempo depois, novas mudanças ocorreram e o assunto voltou a ser pauta das discussões e estratégias. Assim foi decidido definitivamente que o *Balanced Scorecard* não seria implementado, mas o INCA iria desenvolver uma ferramenta própria de gerenciamento. Dessa forma surgiu o Sistema de

Planejamento (SISPLAN) “cuja função entre outras é a de prover transparência aos processos decisórios, integração em vários níveis institucionais e facilitar o acompanhamento de ações internas da Instituição”. Atualmente esse sistema é considerado indispensável para a gestão do INCA (COELHO, 2008, p. 123).

### **1.3.2. Outros Modelos de ADO Aplicados na Gestão Hospitalar**

Embora o *Balanced Scorecard* seja amplamente estudado e aplicado nos serviços de saúde (CUNHA e CORRÊA, 2013), outras metodologias foram desenvolvidas no Brasil, exclusivamente para avaliar o desempenho hospitalar com objetivo de promover melhoria na qualidade dos serviços e a sustentabilidade econômica das instituições (GURGEL, 2016):

- a) Comitê de Qualidade Hospitalar (CQH) – criado em 1996 pela Associação Paulista de Medicina destinado aos hospitais públicos e privados de São Paulo.
- b) Sistema de Informações dos Hospitais Universitários do Ministério da Educação (SIHUF/MEC) – criado em 1997 pelas coordenações da Secretaria Superior de Educação do MEC destinado para ser aplicado nos hospitais universitários federais.
- c) Sistema Padronizado para Gestão Hospitalar (SIPAGEN) – criado em 1999 pela Universidade Vale dos Sinos – RS, destinado às organizações de saúde privadas do Rio Grande do Sul.
- d) Boletim de Indicadores do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (PROHASA) – criado em 1999 pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP em conjunto com a Escola de Administração da FGV, destinado aos sistemas e instituições de saúde do Brasil.
- e) Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares (SINHA) – criado em 2002 pela Associação Nacional de Hospitais Privados, a ser aplicado nos hospitais privados do Brasil.
- f) Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE) – criado em 2005 criado pela Assessoria dos Hospitais de Ensino do Gabinete da Secretaria de Saúde de São Paulo, destinado a ser aplicado nos hospitais de ensino contratualizados em São Paulo.

No mesmo intuito das instituições elencadas no estudo de Gurgel (2016), o Ministério da Saúde criou em 2015 o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS). Seu objetivo foi estabelecer um sistema de avaliação para as entidades de saúde, ambulatoriais e hospitalares, beneficiados por recursos financeiros desse Ministério, que avalia as dimensões: a) estrutura, b) processo, c) resultado, d) produção do cuidado, e) gerenciamento de risco e f) satisfação dos usuários. A estrutura do PNASS é composta por três instrumentos avaliativos, com mais de 180 itens de verificação, 1 questionário de avaliação da satisfação dos usuários e 53 indicadores de desempenho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Não foi encontrado na literatura, estudos sobre a aplicação do PNASS nem suas críticas. Entretanto, ao compara este instrumento com outros mencionados anteriormente, percebe-se como característica marcante uma concentração de indicadores exclusivamente operacionais que não abrange indicadores financeiros, não são estruturados numa relação de causa e efeito, é inflexível e não foram desenvolvidos com base nas estratégias das entidades. Contudo, este vem a ser um instrumento avaliativo com base nos interesses do agente regulador, neste caso o próprio Ministério da Saúde.

Fica notório, conforme os relatos apresentados acima que apesar das críticas, houve um avanço nas ferramentas de avaliação de desempenho destinadas às entidades hospitalares, mas percebe-se que os estudos estão concentrados em hospitais privadas e hospitais universitários. Ainda há pouca referencia à ADO aplicada em hospitais filantrópicos. Essas entidades são precursoras dos serviços de assistência à saúde no Brasil e ainda desempenham papel vital para nosso sistema de saúde. Contudo é imprescindível avançar em estudos, modelos exclusivos e aplicações voltadas para essas entidades (DITTADI *et al*, 2013; CUNHA e CORRÊA, 2013).

De acordo com o modelo proposto por Cunha e Corrêa (2013), as premissas básicas para estruturar um modelo de ADO adequado às particularidades dos hospitais filantrópicos, fundamentam-se na a) qualidade do atendimento aos usuários, b) no atendimento ao maior número de pacientes de modo universal e igualitário e c) ao equilíbrio financeiro. Vale ainda pontuar os tipos de indicadores hospitalares por ele citado: “a) atendimento à saúde: dados quantitativos sobre assistência hospitalar; b) satisfação: qualidade percebida pelo paciente e/ou

usuário externo; c) gestão: dados quantitativos sobre o desempenho operacional” (TREVISO, 2009 *apud* CUNHA e CORRÊA, 2013, p. 489).

Este modelo foi estruturado conforme indicadores validados na literatura e por especialista, cuja perspectiva para selecioná-los foi a relevância para o processo de gestão e a essencialidade para o processo decisório. Dessa forma, 34 indicadores foram selecionados e segmentados em seis perspectivas avaliativas: a) econômico-financeiro, b) qualidade, c) acessibilidade, d) processos internos, e) capacidades, f) segurança (CUNHA e CORRÊA, 2013).

Barbosa *et al* (2015) conclui em seus estudos sobre as limitações da avaliação de desempenho em hospitais, que os instrumentos utilizados representam avanços significativos para a gestão hospitalar, apesar de fazer ponderações. O autor sugere que os novos modelos proponham indicadores que alcancem a esfera social e a satisfação dos usuários, por considera-las o objetivo final dos serviços de saúde.

### **1.3.3. A Acreditação Como Ferramenta Suporte ao ADO**

As creditações não vêm a ser consideradas modelos de ADO, mas contribuem de maneira significativa para a melhoria do desempenho das entidades prestadoras de serviços de saúde, tendo espaço relevante neste estudo.

Segundo Feldman (2005), o *American College of Surgeons* estabeleceu em 1924 um conjunto de padrões para garantir a qualidade nos serviços de assistência aos pacientes, fundamentado na organização do corpo médico, no preenchimento dos prontuários e à existência de recursos para diagnósticos e terapias. Esse instrumento evoluiu e tornou-se mais complexo, o que dificultou sua aplicação no avançar dos anos.

Através de novas parcerias com instituições renomadas, o instrumento foi novamente modelado e entrou numa fase de constante evolução até a década de 70, com a publicação do Manual de Acreditação Hospitalar. Este foi um instrumento mais abrangente, com capacidade para monitorar indicadores clínicos e institucionais e também de contemplar quesitos de qualidade com padrões ótimos (FELDMAN, 2005).

As entidades ofertantes de serviços de saúde que se submeterem às normas preconizadas pelo Manual de Acreditação Hospitalar passaram a ser reconhecidas e a obterem vantagem competitiva no mercado. Contudo tal diferenciação foi perceptível apenas nas entidades particulares, uma vez que há custos para a acreditação e sua manutenção. A rede pública e a rede filantrópica, ainda nos dias atuais, têm serias dificuldades para se adequarem a esse padrão de qualidade em detrimento da barreira financeira (BONATO, 2011).

Em 1989 a OMS passou a reconhecer a acreditação como fator estratégico para promover a melhoria na qualidade dos serviços de saúde na América Latina. Em 1999 é criado no Brasil o ONA (Organização Nacional de Acreditação), advindo de novos estudos promovidos pelo Ministério da Saúde e fundamentados no Manual de Acreditação Hospitalar norte-americano, com objetivo promover as diretrizes nele preconizadas. Feldman conclui que as creditações farão parte do futuro das entidades que prestam serviços de saúde devido à melhoria na qualidade da assistência aos pacientes que o instrumento proporciona (FELDMAN, 2005).

As vantagens de se obter uma acreditação estão relacionadas à melhoria na gestão, no relacionamento e segurança dos pacientes e na qualidade da assistência. A dificuldade em estabelecer uma cultura para qualidade, a rotatividade de pessoal e a grande quantidade de documentos são desvantagens características dos processos de acreditação (OLIVEIRA e MATSUDA, 2016).

## **CAPÍTULO II – METODOLOGIA**

### **2.1.Procedimento Metodológico**

Uma pesquisa científica é desenvolvida com o objetivo de elucidar problemas das mais diversas formas ao empregar um método de investigação validado (CERVO e BERVIAN, 1996). De acordo com Prodanov e Freitas (2013, p. 49) uma “pesquisa científica deve contribuir com o avanço do conhecimento humano”.

“O método consiste no caminho para construção do discurso científico” (DINIZ e SILVA, 2008, p. 1). Embora não haja um método único que alcance todas as áreas da ciência, a definição do método mais adequado às características da pesquisa e ao objeto de investigação é preponderante para o sucesso de uma pesquisa científica (LIMA, 2004).

Neste sentido, o método científico empregado no desenvolvimento desta pesquisa é apresentado nos subcapítulos a seguir.

### **2.2.Natureza da Pesquisa**

A natureza da pesquisa consiste no desdobramento das técnicas empregadas para determinar a amostragem, a coleta de dados e a estrutura da pesquisa, a fim de definir a aplicabilidade do estudo. Assim uma pesquisa científica pode ser caracterizada como de natureza básica - estudos conceituais e universais, ou de natureza aplicada - estudos com aplicação prática e focal (LAKATOS e MARCONI, 2003).

Contudo este estudo é de natureza aplicada por ter finalidade prática, haja vista que será estudado o sistema de ADO de um hospital filantrópico. O objetivo de uma pesquisa de natureza aplicada é gerar conhecimento por meio da utilização de métodos e processos dirigidos à solução de problemas específicos e reais (PRODANOV e FREITAS, 2013).

### **2.3. Abordagem de Pesquisa**

Em relação ao processo de pesquisa, ela pode ser considerada qualitativa ou quantitativa de acordo com a forma com que o problema é abordado (ALYRIO, 2009, p. 59).

Na pesquisa quantitativa, a realidade é posta em números. Os dados coletados são analisados estatisticamente, mais objetivamente. A abordagem é mais empírico-analítica. Na pesquisa qualitativa, a realidade é verbalizada. Os dados recebem tratamento interpretativo, com interferência maior da subjetividade do pesquisador. A abordagem é mais reflexiva.

A pesquisa qualitativa busca compreensão sobre determinados comportamentos e dar significado a um fenômeno social. Já a pesquisa quantitativa procura apontar numericamente a frequências e intensidade dos fenômenos estudados. Esse tem como base instrumental as ferramentas de análise estatísticas (LIMA, 2004).

Por se tratar de um estudo que, prioritariamente, busca em seus objetivos as características e intensidades relacionados ao sistema de ADO de um hospital filantrópico, categorizamos essa pesquisa como qualitativa, embora ainda se tenha uma minoria de dados a serem analisados à luz de ferramentas quantitativas.

### **2.4. Quanto aos Objetivos**

Sob o ponto de vista dos seus objetivos, uma pesquisa pode ser caracterizada como descritiva, na qual se busca relatar com exatidão as características de um fenômeno, sem manipulação ou interferência nos dados. Já a pesquisa experimental o foco é buscar justificativa para um fenômeno e identificar as causas que contribuem para sua ocorrência (PRODANOV e FREITAS, 2013). A pesquisa pode ser exploratória e consiste numa investigação empírica, sendo um modelo mais flexível, necessário para alcançar dados mais complexos. É desenvolvida em estudos preliminares que visam o levantamento de informações mais concisas sobre um assunto, para aprofundar no conhecimento do fenômeno e proporcionar maior familiaridade (YIN, 2010).

Diante do exposto, este trabalho é uma pesquisa exploratória, por buscar conhecimento mais profundo acerca do sistema de ADO empregado num hospital filantrópico.

## **2.5.Método da Pesquisa**

Quando se trata de pesquisa científica, o método consiste no procedimento técnico utilizado para obtenção dos dados para o desenvolvimento da pesquisa (PRODANOV e FREITAS, 2013).

Dentre os muitos métodos, inicialmente o estudo de caso foi o procedimento selecionado neste trabalho. Essa definição se justifica, pois o objetivo desta pesquisa é estudar de forma profunda e exaustiva um fenômeno específico, real, com características contemporâneas e demandantes de conhecimentos aplicáveis para o desenvolvimento de novas teorias, congruentes aos objetivos gerais e específicos desta pesquisa. Contudo, essa justificativa vem a ser justamente a caracterização de um estudo de caso (GIL, 2009 e YIN, 2010).

Outra característica marcante deste método se dá por permite ao pesquisador a obtenção de características holísticas no estudo e a possibilidade de sua replicação em condições análogas. (YIN, 2010).

Um estudo de caso pode ser aplicado num único indivíduo, ou entidade isolada, o que configura num estudo de caso único. Também pode ser aplicado em mais de um indivíduo ou entidade com características semelhantes, vindo a configurar-se como estudo de caso múltiplo (PRODANOV e FREITAS, 2013). Neste trabalho, o estudo de caso é único.

## **2.6.Definição das Variáveis**

De acordo com Triviños (1987) as características percebidas num fenômeno são consideradas as variáveis de uma pesquisa. Nas pesquisas quantitativas as variáveis são medidas, já nas pesquisas qualitativas as variáveis são descritas.

Este estudo, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, suas variáveis são prioritariamente descritas, a qual foi definida pelo autor uma estrutura que fará parte do instrumento de coleta de dados. Essa estrutura abrange as seguintes variáveis:

- a) Características do sistema de Avaliação de Desempenho Organizacional.
- b) Indicadores presentes na Avaliação de Desempenho Organizacional.
- c) Alcance dos indicadores quanto a suas dimensões – econômico-financeira, processos e eficiência operacional, clientes e usuários, pessoas e aprendizagem, capacidade e infraestrutura técnica, inovação, meio ambiente e sociais.
- d) Benefícios e dificuldade de manter um sistema de Avaliação de Desempenho Organizacional.
- e) O processo de aplicação da Avaliação de Desempenho Organizacional.
- f) Indicadores desejáveis num sistema de Avaliação de Desempenho Organizacional aplicado em hospitais filantrópicos.

## **2.7.Coleta de Dados**

A seleção do instrumento a ser utilizado numa pesquisa científica varia conforme o tipo de problema foco do estudo. É imprescindível empenhar foco nesta fase da pesquisa, pois é na coleta de evidências que se constroem os argumentos de defesa do problema estudado (LAKATOS e MARCONI, 2003).

Segundo Yin (2010) um instrumento de coleta de dados deve seguir os princípios de a) múltiplas fontes de evidências, b) criação de uma base de dados e c) encadeamento das evidências. Dessa forma, o estudo de caso segue uma ordem lógica de coleta, tratamento e exposição das evidências.

Característica marcante dos estudos de caso é justamente a possibilidade de utilizar várias fontes de evidências e várias técnicas para coleta de dados. Isso permite o cruzamento dos dados e a visualização de variações que fontes e técnicas isoladas não permitem. Assim podemos alcançar uma convergência e acuracidade dos resultados de maneira mais relevante, sendo capaz de proporcionar maior qualidade ao estudo (YIN, 2010).

O presente estudo terá como fonte de dados um questionário e uma entrevista, aplicadas aos gestores da Associação Hospital São Pio X; documentos de livre circulação e informações

disponíveis em fontes abertas como no *website* da entidade; documentos e informações de caráter restrito aos gestores e referências bibliográficas.

O instrumento de coleta de dados foi desenvolvido com base na pesquisa de Chiareto (2015), Yokomizo (2009), Hourneaux (2005) e Cunha e Corrêa (2013). Ao convergir as características dos instrumentos utilizados nas respectivas pesquisas, chegamos a um modelo ajustado às particularidades deste estudo.

A primeira parte do instrumento é um questionário; instrumento constituído por perguntas a serem respondidas sem a interferência nem a presença do pesquisador (LAKATOS e MARCONI, 2003). Ele é constituído por perguntas fechadas, com alternativas pré-estabelecidas, a fim de que o respondente escolha a que melhor revele seu ponto de vista. Há também perguntas abertas, cujo objetivo é obter dados não parametrizados, deixando o respondente a vontade para exprimir sua opinião.

Neste instrumento, buscamos a caracterização do respondente da pesquisa e o entendimento da frequência atual e a frequência desejada para utilização de indicadores conforme as dimensões do sistema de Avaliação de Desempenho Organizacional da entidade.

O questionário foi aplicado aos gestores antes da entrevista, para que suas respostas não sejam influenciadas. Dessa forma, o questionário foi disponibilizado em meio impresso e de forma individualizada, sendo solicitado seu preenchimento e posteriormente devolução ao pesquisador.

A segunda parte do instrumento foi a entrevista; meio que utiliza um roteiro semiestruturado para guiar uma conversa com o indivíduo. Seu objetivo é obter dados como experiências pessoais, atitudes, percepções, dentre outras informações inacessíveis por outros meios (YIN, 2010).

Nas entrevistas foram exploradas a caracterização da entidade pesquisada, as características do sistema de ADO que a entidade emprega, seus indicadores, o processo de aplicação deste método, os benefícios e dificuldade apresentados pelo método dentre outros dados considerados relevantes.

O processo de entrevista ocorreu individualmente, logo após a aplicação do questionário. O pesquisador fez a pergunta e ouviu o entrevistado proferir sua resposta. Elas foram registradas manualmente pelo pesquisador, anotando as ideias centrais contidas nas respostas. No decorrer desse processo o pesquisador aprofundou no assunto até considerá-lo esgotado.

Ao concluir cada etapa da entrevista, o pesquisador fez novamente a leitura da pergunta e em seguida fez a leitura de suas anotações para validá-las com o entrevistado. Se porventura houvesse alguma contradição entre o que o pesquisador anotou e o que o entrevistado respondeu, os ajustes necessários seriam feitos. O pesquisador repetiu esse processo até a validação completa das anotações. Todas as entrevistas foram conduzidas conforme esse processo.

O instrumento de pesquisa foi aplicado a todos os gestores da Associação Hospital São Pio X. Ao todo são sete indivíduos dos quais são responsáveis pela Direção Geral (DG), Gerência Técnica Hospitalar (GTH), Coordenação de Hotelaria e Manutenção (CHM), Gerência de Recursos Humanos (GRH), Gerência do CCIDI (GCCIDI), e dois Coordenadores do Corpo Clínico (CCC-I e CCC-II). As siglas após os cargos foram estabelecidas com o fito de garantir a privacidade dos respondentes e facilitar a identificação na análise dos dados.

A íntegra do instrumento de coleta de dados está disposto no Apêndice 1 desta obra.

## **2.8. Pré-Teste do Instrumento de Coleta de Dados**

A validação do instrumento de coleta de dados se deu por um pré-teste, realizado antes de ser aplicado aos gestores da entidade pesquisa. Esse pré-teste visa detectar ambiguidades nos questionário e roteiro de entrevista, a coerência das questões e sua eficiência para capturar os dados almejados, informações adicionais até então não consideradas, dentre outras considerações relevantes para o aprimoramento do instrumento.

O pré-teste foi realizado com quatro colegas pesquisadores, pelo professor orientador desta pesquisa e por um gestor da entidade pesquisada. Algumas críticas foram feitas e consideradas pertinentes pelo pesquisador. Tão logo elas foram acatadas e o instrumento ajustado.

Com os instrumentos validados, as entrevistas e questionários foram aplicados entre os dias 20 de novembro de 2017 e 30 de novembro de 2017. Não houve nenhuma intercorrência na aplicação dos instrumentos.

## **2.9. Análise dos Dados**

Sob a prerrogativa metodológica, a análise de dados compreende o caminho percorrido pelo autor para tratamento dos dados da pesquisa (PRODANOV e FREITAS, 2013, p. 130).

O objetivo da análise de dados é identificar os procedimentos adotados pelo autor (aluno) para obter informações dos dados coletados. Os critérios adotados referem-se à clareza na análise dos dados, ao encadeamento lógico de evidências, à utilização de teste empírico, à construção da explicação e à comparação com literaturas conflitantes e similares.

Diante disso, após coletados os dados com os sete gestores, foi iniciado a análise. Primeiro foram reunidos todos os questionários para tabulação. Essa tarefa foi realizada com o auxílio da planilha eletrônica - Excel. Assim foi possível explorar os dados e analisa-los de maneira mais rápida e eficiente.

A organização dos dados é fator primordial para uma boa análise. Portanto os dados foram categorizados e ordenados para criação de gráficos e tabelas. Isso contribuiu para o cruzamento dos dados, na análise das proporções, as variações das respostas e os pontos de convergência e divergência.

Em seguida foram analisados os dados coletados nas entrevistas. Também com o auxílio da planilha eletrônica - Excel, as anotações validadas na entrevista serão transcritas integralmente e ordenadas de acordo com cada pergunta.

Por se tratar de uma entrevista, há uma vasta variedade de respostas. Contudo elas também foram ordenadas conforme cada assunto. A estrutura da análise consiste em agregar as respostas semelhantes e editar um conceito que exprima de maneira coerente à reflexão provocada. Essa edição também será feita com as respostas divergentes.

A partir daí, novas triangulações serão realizadas entre as respostas da entrevista e também com as respostas do questionário. Dessa forma, buscamos identificar possíveis distorções, haja vista que algumas questões avaliam o mesmo assunto, porém numa abordagem diferente.

O cruzamento das informações, a organização e encadeamento lógico das evidências são condições essenciais para uma interpretação coerente e definitiva, em resposta à problemática desta dissertação.

Por fim, a descrição final dos resultados será compilada e o levantamento de novas questões, emergentes dessa pesquisa, será trazido à luz em estímulo à continuidade desta linha de pesquisa.

## **2.10. Limitações da Metodologia**

Por se tratar de um estudo de caso único, Yin (2010) considera como limitação de pesquisas dessa natureza, a robustez inferior aos estudos de casos múltiplos; a ausência de análise estatística profunda e a exigência de grande habilidade do pesquisador para extrair e analisar os dados.

## **CAPÍTULO III – ANALISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo é apresentado o estudo de caso propriamente dito, com a análise dos resultados da pesquisa mostrada na metodologia, as interpretações voltadas para o sistema de ADO da Associação Hospital São Pio X e a proposta a ser implementada.

### **3.1. Caracterização da Associação Hospital São Pio X**

#### **3.1.1. A História**

O Hospital São Pio X, ou somente HSPX foi criado no município de Ceres, no Estado de Goiás, na década de 40 pelo Governo Federal, sendo administrado por ele até o ano de 1956, quando sua gestão e o patrimônio foram transferidos para a Diocese de Goiás, mantendo seu controle até os dias atuais.

Em decorrência dessa transferência, a Diocese de Goiás criou uma associação denominada Associação Hospital São Pio X, vindo a ser gerida por um conselho composto por membros eletivos de mandato transitório da própria Diocese e também da comunidade, tendo como presidente da entidade o Bispo Diocesano de Goiás.

O objetivo da Associação Hospital São Pio X é:

[...] manter e administrar o HSPX; administrar os serviços de saúde privados e público quando contratualizado; desenvolver atividades preventivas, educativas, de formação, ensino e assistência na área da saúde; Prestar assistência à saúde, dentro das possibilidades, a todos que buscarem seus serviços; e medrar esforços para tornar o HSPX um polo avançado de ensino voltado para a área da saúde.

Hoje a Associação Hospital São Pio X é uma entidade privada, de natureza jurídica filantrópica, caracterizada como hospital geral de média complexidade. Segundo seus atuais gestores, ao longo de 61 anos, esta entidade tornou-se referência na região por atendimentos de urgência e emergência, gestação de alto risco, pediatria de média complexidade, clínica médica e cirurgia geral.

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AValiação de Desempenho Organizacional: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

Ao longo das décadas de 70, 80 e 90, o atendimento médico-hospitalar foi fundamentado em práticas humanizadas, simplificadas, eficientes, acessíveis e com alto índice de resolutividade. Foi destacado o desenvolvimento de um modelo de atenção humanizada ao parto e ao nascimento. A qualidade deste atendimento foi reconhecida no âmbito nacional e internacional, onde foi conferindo ao HPSX vários prêmios e títulos como:

- a) Em 1994 recebeu o título de “Hospital Amigo da Criança”, sendo o 1º do Estado de Goiás e o 11º do Brasil, pelas ações desenvolvidas pelo incentivo ao aleitamento materno.
- b) Em 1999 recebeu do Ministério da Saúde o “Prêmio Galba de Araújo”, pelas ações de humanização ao parto-nascimento.
- c) Em 1999, o HSPX passou a ser uma das 14 maternidades referência da Secretaria Estadual de Saúde, integrando o “Pacto dos 1000 Dias a Favor da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente”, sendo referência para gestantes HIV positivas e para o Projeto Nascer – MS.
- d) Em janeiro de 2000 recebeu o título de “Maternidade Segura” pelo Ministério da Saúde, FEBRASGO e UNICEF, sendo a 4º do Brasil.

Além desses destaques, na década de 90 o HSPX em parceria com o Ministério da Saúde promoveu cursos de capacitação em vários Estados brasileiros sobre Atenção Humanizada ao Parto e Nascimento. Em 2001 passou a integrar o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde.

As diretrizes organizacionais preconizadas no HSPX estão expressas nas suas declarações de missão, visão e valores. A saber na íntegra, a missão institucional do HSPX é:

Proporcionar assistência à saúde de todas as camadas sociais, assegurando atendimento médico-hospitalar de excelência e referência, a fim de promover a saúde, em todos os seus âmbitos, baseando-se em uma política de trabalho eficaz, inovadora e humanizada, colaborando com a pesquisa e com ensino.

Sua visão consiste em:

Ser em Ceres-Goiás, hospital de referência regional em assistência à saúde em Média e Alta Complexidade, pela prestação filantrópica de serviço público e

privado, adotando, compartilhando e difundindo os princípios cristãos confirmados na Opção Fundamental da Diocese de Goiás.

Os valores alvitados pela entidade são:

Manter atitude responsável, comprometida, disciplinada e colaborativa; praticar a humanização no atendimento e nas relações com equidade; atuar com ética, honestidade dentro dos princípios da legalidade; cultivar a transparência e, o respeito nas relações sociais; e proporcionar ambiente que garanta dignidade aos seus colaboradores.

Além da declaração de missão, visão e valores, o HSPX complementa suas diretrizes com uma descrição da política de gestão, vindo a ser:

Prestar assistência à saúde de forma segura e humanizada, focada na melhoria contínua dos processos e no desenvolvimento permanente da equipe profissional, visando a satisfação dos clientes, colaboradores, corpo clínico, sociedade e mantenedores.

### **3.1.2. Localização, Estrutura e Capacidade**

O município de Ceres está localizado na região do médio norte goiano, as margens da Rodovia BR 153, também chamada de Rodovia Belém – Brasília ou Rodovia Transbrasiliana; quarto maior eixo rodoviário brasileiro e uma das principais ligações da região Norte à região Sul.

Este município é credenciado pelo Governo Estadual como Polo Regional de Saúde com a denominação de Regional da Saúde São Patrício I. Ele abrange outros 27 municípios vizinhos que juntos somam aproximadamente 300 mil habitantes segundo IBGE. O HSPX é o hospital de referencia desta Regional, acolhendo os pacientes dos respectivos municípios e também dos passantes.

A área ocupada pelo HSPX corresponde a quase 35 mil metros quadrados sendo 8 mil de área construída, no qual estão dispostas várias edificações como o prédio da recepção e “porta de entrada”, o prédio do ambulatório médico e da administração; o prédio da maternidade e centro cirúrgico; o prédio do almoxarifado; o prédio dos consultórios e refeitório; o prédio das alas de enfermaria, o prédio do laboratório, o prédio do SAME (Serviço de Arquivo Médico e

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AValiação de Desempenho Organizacional: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

Estatístico), o prédio do auditório, o prédio da casa de fitoterápicos e as instalações da UPA (Unidade de Pronto Atendimento). Há também uma obra em andamento onde será instalada uma UTI (Unidade de Terapia Intensiva). Com exceção do prédio das alas de enfermaria, as edificações são antigas e carecem de adequações estruturais.

As especialidades médicas que o HSPX atende são Clínica Médica, Clínica Obstétrica, Clínica Cirúrgica e a Clínica Pediátrica distribuídos em 90 leitos. A quantidade de leitos disponibilizada está devidamente registrada no CNES e disposta na Tabela 1.

**Tabela 1: Distribuição dos Leitos Hospitalares do HSPX**

<b>Especialidades</b>	<b>Leitos Particulares</b>	<b>Leitos SUS</b>	<b>Total de Leitos</b>
Clínica Cirúrgica	6	14	<b>20</b>
Clínica Médica	9	36	<b>45</b>
Clínica Obstétrica	1	16	<b>17</b>
Clínica Pediátrica	0	8	<b>8</b>
<b>Total de Leitos</b>	<b>16</b>	<b>74</b>	<b>90</b>

Fonte: pesquisa do autor.

Segundo o CEBAS, para uma entidade hospitalar ser considerada de natureza filantrópica, é necessário destinar no mínimo 60% dos leitos ao SUS. A partir dessa premissa, o HSPX se enquadra neste critério por disponibilizar 82,2%. A demanda para essa fatia vem do Sistema de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Ceres.

Ao analisar os relatórios de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) foi possível tabular o volume de internações do ano de 2016 completo e parcial de 2017 e triangular com capacidade de internação de cada leito. Assim foi possível calcular a taxa de internação nos leitos de 2016 conforme Tabela 2. Para efeito de uniformidade das informações, os dados de 2017 não fazem parte da Tabela 2. Entretanto, mesmo sendo dados parciais, eles foram analisados a parte e os resultados foram levemente inferiores a 2016.

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AValiação de Desempenho Organizacional: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

Tabela 2: Capacidade Utilizada dos Leitos do HSPX em 2016

<b>Especialidades</b>	<b>Número de Leitos Particulares</b>	<b>Taxa de Internação nos Leitos Particulares</b>	<b>Número de Leitos SUS</b>	<b>Taxa de Internação nos Leitos SUS</b>	<b>Número Total de Leitos</b>	<b>Taxa de Internação Total nos Leitos</b>
Clínica Cirúrgica	6	0%	14	25,07%	20	50,25%
Clínica Médica	9	0%	36	62,83%	45	26,20%
Clínica Obstétrica	1	0%	16	27,83%	17	17,55%
Clínica Pediátrica	0	0%	8	20,26%	8	20,25%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>0%</b>	<b>74</b>	<b>39,41%</b>	<b>90</b>	<b>32,98%</b>

Fonte: Pesquisa do autor.

Os resultados obtidos com a análise da capacidade de internação nos leitos do HSPX em 2016 nos revelam uma grande ociosidade. Os leitos destinados aos atendimentos particulares estão completamente parados. Quanto aos leitos destinados ao SUS, a Clínica Médica tem o melhor desempenho dentre as demais, porém ao analisar o total de internações, percebe-se que 67,02% da capacidade de internações estão ociosas.

Além dessas especialidades, a Associação Hospital São Pio X também é responsável pela gestão da UPA, que está localizada num prédio anexo ao Hospital, realizando atendimentos exclusivos de Urgência e Emergência. A UPA tem perfil de “porta aberta” ou seja, qualquer pessoas, seja ela de onde for, deve receber o atendimento conforme estabelecido pelas normas do Ministério da Saúde.

Tabela 3: Distribuição dos Leitos da UPA

<b>Tipos de Sala</b>	<b>Leitos SUS</b>
Emergência - Sala Vermelha	3
Urgência - Sala Amarela	14
Pouca Urgência - Sala Verde	8
Não Urgente - Sala Azul	0
<b>Total</b>	<b>25</b>

Fonte: Pesquisa do autor.

Conforme exposto na Tabela 3, a UPA conta com 25 leitos distribuídos de acordo com a classificação de risco do paciente. A Sala Vermelha é direcionada à pacientes com grave risco de perder a vida; a Sala Amarela é destinada ao atendimento de pacientes que pode ter seu estado agravado caso não receba atendimento; na Sala Verde são atendidos os pacientes com

baixo risco de agravamento; por fim a Sala Amarela é destinada a pacientes que não correm risco de agravo da saúde.

A capacidade de utilização dos leitos da UPA foram calculados com base somente na Sala Vermelha e Sala Amarela devido as demais fugirem das características para esse fim. Portanto na Sala Vermelha possui um taxa de utilização dos leitos de 51,11% enquanto a Sala Amarela é de 72,14%.

Quanto às críticas relacionadas a este tema, de acordo com os entrevistados, muito embora a estrutura física do HSPX seja antiga e com necessidade de adequações em sua maior parte, é tolerável desenvolver as atividades nela. Entretanto houve questionamentos quanto à qualidade dos equipamentos; dos instrumentos hospitalares e principalmente questionaram com maior ênfase a falta de materiais médicos, medicamentos, demais suprimentos necessários para o bom andamento do hospital e atrasos recorrentes no pagamento dos salários.

### **3.1.3. Estrutura Organizacional**

O HSPX está dividido em quatro áreas específicas de atuação, onde aqui chamaremos de Unidades de Saúde. Porém nesta ocasião houve uma confusão ao falarmos de HSPX e Associação Hospital São Pio X. Para esclarecer, na Figura 11 foi expresso as relações de cada Unidade de Saúde com a Associação.

Dessa forma, a Associação Hospital São Pio X é a entidade central e mantenedora que gerencia as equipes e administra os recursos de todas as Unidades de Saúde. Por sua vez, as Unidades de Saúde são os entes operacionais, onde temos a (HSPX) Unidade de Saúde Hospital São Pio X, responsável pelos atendimentos em Clínica Médica, Clínica Obstétrica, Clínica Pediátrica e Clínica Cirúrgica; (CCDI) a Unidade de Saúde Centro Clínico de Diagnóstico e Imagem, no qual são realizados os exames laboratoriais, de imagem e consultas especializadas; (UPA) a Unidade de Saúde UPA, com atendimentos exclusivos de Urgência e Emergência; e (FITO) a Unidade de Saúde Casa de Fitoterapia, local onde é fabricado e comercializado medicamentos fitoterápicos.

Figura 11: Unidades de Saúde da  
Associação Hospital São Pio X



Fonte: Pesquisa do autor.

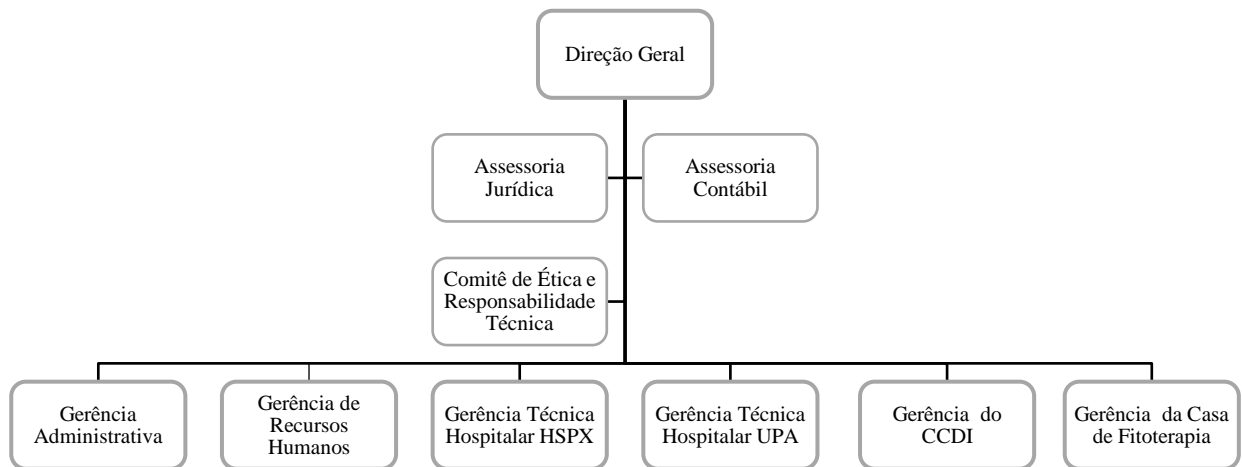
A estrutura organizacional da Associação Hospital São Pio X é representada na Figura 12, é constituída por um Conselho Diretor composto por sete membros sendo um Presidente, um Vice Presidente, um Secretário, um Tesoureiro e mais três Conselheiros. A missão desse Conselho é deliberar sobre os assuntos estratégicos pertinentes à entidade.

A Direção Geral é o posto de liderança maior na hierarquia da entidade. É ocupado a quase 5 anos por um profissional graduado em Filosofia, eleito pelo Conselho Diretor. Ele é assessorado por uma equipe jurídica e contábil, vindo a serem prestadores de serviços sem vínculo empregatício com a entidade, e também conta com o respaldo técnico oriundo do Comitê de Ética e de Responsabilidade Técnica, estes colaboradores efetivos.

Figura 12: Organograma da Associação Hospital São Pio X

**Conselho Diretor**

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AValiação de Desempenho Organizacional: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**



Fonte: Pesquisa do autor.

Logo abaixo, estão as seis gerências que conduzem a operação da entidade. Atualmente a Gerência Administrativa não conta com nenhum profissional, mas o comando é compartilhado entre os coordenadores abaixo na hierarquia e a Direção Geral.

A Gerência de Recursos Humanos é ocupado por uma profissional graduada em Assistência Social e Gestão de Recursos Humanos. A Gerência Técnica Hospitalar do HSPX e a Gerência Técnica Hospitalar da UPA são atribuições de uma única profissional graduada em Enfermagem, tendo como apoio dois Médicos, um responsável pelo HSPX e o outro pela UPA.

O Centro Clínico de Diagnóstico e Imagem é gerenciada por uma profissional graduada em Biomedicina, vinculada à entidade a menos de um ano. Esta área atua como suporte ao HSPX e a UPA na realização de exames laboratoriais e de imagem, mas também são realizados procedimentos particulares.

A Casa de Fitoterapia trata-se de um projeto paralelo desenvolvido pela Associação Hospital São Pio X a mais de 10 anos, com o objetivo de oferecer à comunidade, especialmente a carente, medicamentos fitoterápicos gratuitos. Com o tempo, o projeto se mostrou próspero e investimentos foram feitos para aumentar a capacidade, mas ainda assim o processo configura um padrão artesanal, nada escalável. Neste caso, trata-se de uma gerência informal, conduzida por um profissional de nível médio incompleto, mas de avançado conhecimento e habilidade com fitoterápicos.

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AValiação de Desempenho Organizacional: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

Segundo Picchiali (2009), administração do pessoal de uma unidade hospitalar é contingencial por haver uma relação de dependência constante com o ambiente, a tecnologia, as políticas e diretrizes organizacionais e a capacitação dos profissionais. Estes profissionais são recursos vitais para o bom funcionamento de um hospital, vindo a ser também a origem dos maiores gastos.

O quadro de pessoal da Associação Hospital São Pio X é composto por 155 colaboradores, mais 45 médicos que compõem o Corpo Clínico. A alocação dos colaboradores em cada área se dá conforme a Tabela 4.

Tabela 4: Alocação dos Colaboradores da Associação Hospital São Pio X

Departamentos	Número de Colaboradores	%
Gerência Administrativa, RH e Direção	62	40,00%
Gerência Técnica Hospitalar HSPX	35	22,58%
Gerência Técnica Hospitalar UPA	47	30,32%
Gerência do CCDI	9	5,81%
Gerência da Casa de Fitoterapia	2	1,29%
	155	100,00%

Fonte: Pesquisa do autor.

Segundo a pesquisa sobre o dimensionamento de pessoal em hospitais realizada por Picchiali (2009) e publicado na Fundação Getúlio Vargas, encontramos algumas referências que nos ajudam a comparar o enquadramento da Associação Hospital São Pio X quanto a este aspecto.

Conforme apresentado na Tabela 5, três situações foram configuradas para efeito de comparação da Associação Hospital São Pio X com as referências. A primeira situação trata unicamente do HSPX, a segunda trata unicamente a UPA e a terceira situação retrata a união das duas anteriores. Essa última análise é válida devido parte do quadro de pessoal ser compartilhado entre as duas Unidades de Saúde.

Percebe-se uma quantidade de pessoal geral por leito, na união do HSPX mais UPA, muito inferior às referências. Elas nos mostram uma amplitude entre 4,20 e 5,20 colaboradores em geral por leito. Já este estudo de caso revela a existência de apenas 1,35 colaboradores em geral por leito. Essa situação se repete ao analisar a equipe de enfermagem por leito e a quantidade

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AValiação de Desempenho Organizacional: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

de enfermeiros por leito nas três situações propostas. A única exceção ocorre na quantidade de enfermeiros por leito da UPA, por estar igual às referências. As informações omissas não foram mencionadas nas referências ou não foi possível calculá-las.

**Tabela 5: Dimensionamento de Pessoal por Leito Hospitalar Comparado as Referências**

<b>Referências</b>	<b>Pessoal Geral / Leito (exceto médicos)</b>	<b>Pessoal da Equipe de Enfermagem / Leito</b>	<b>Enfermeiros / Leito</b>
Pessoal /Leito (GAH, 2002)	5,00	-	-
Pessoal /Leito (CQH)	-	2,20	-
Pessoal /Leito (JOINT COMMISSION, 1992)	5,00	-	-
Pessoal /Leito (PROAHSA, 2004)	4,20	1,80	0,40
Pessoal /Leito (PROAHSA, 2007)	4,89	-	-
Pessoal /Leito (COELHO, 2006)	4,20	1,80	0,40
Pessoal /Leito (GISAH, 2007)	5,20	2,20	-
Pessoal /Leito (COELHO, 2006)	-	-	-
<b>Pessoal / Leito HSPX</b>	<b>-</b>	<b>0,39</b>	<b>0,08</b>
<b>Pessoal / Leito UPA</b>	<b>-</b>	<b>0,92</b>	<b>0,40</b>
<b>Pessoal / Leito HSPX mais UPA</b>	<b>1,35</b>	<b>0,50</b>	<b>0,16</b>

Fonte: Adaptado de (PICCHIAI, 2009) e Pesquisa do autor.

Percebe-se uma quantidade de pessoal geral por leito, na união do HSPX mais UPA, muito inferior às referências. Elas nos mostram uma amplitude entre 4,20 e 5,20 colaboradores em geral por leito. Já este estudo de caso revela a existência de apenas 1,35 colaboradores em geral por leito. Essa situação se repete ao analisar a equipe de enfermagem por leito e a quantidade de enfermeiros por leito nas três situações propostas. A única exceção ocorre na quantidade de enfermeiros por leito da UPA, por estar igual às referências. As informações omissas não foram mencionadas nas referências ou não foi possível calculá-las.

Segundo os entrevistados, essa lacuna ocorre devido à existência de muitos leitos ociosos, cuja evidência é constatada na Tabela 2. Contudo a gestão fez corte de pessoal para adequar à demanda e para redução de custos, mas não reduziu a oferta de leitos, o que corroborou para esse resultado.

Quanto ao Corpo Clínico, há um total de 48 médicos em diversas especialidades com vínculo na Associação Hospital São Pio X. Parte é do corpo clínico fixo da entidade e a outra parte fazem coberturas, consultas e cirurgias especializadas.

No HSPX são 27 profissionais médicos ao todo sendo: 6 anestesiolegista; 1 cardiologista; 4 cirurgiões geral, onde um deles também é gastroenterologista; 1 coloproctologista; 4 ginecologistas e obstetras, onde um deles é também clínico geral e médico do trabalho; 1 neurologista e neurocirurgião; 1 oftalmologista; 1 otorrinolaringologista que também é clínico geral; 6 pediatras dos quais quatro também são neonatologista e um também é neuropsiquiatria da infância e adolescência.; 1 ultrassonografista e 1 urologista.

Integram a equipe de profissionais médicos na UPA mais 13 clínicos geral, 5 pediatras e 3 cirurgiões geral. Os pediatras e cirurgiões atuantes aqui na UPA também fazem parte do corpo clínico do HSPX.

Com base nas pesquisas de Picchiali (2009), inúmeras entidades de saúde disponibilizaram seu indicador de médicos por leito hospitalar, conforme constatado na Tabela 6. Trata-se de hospitais de vários tipos cuja característica comum é ser um hospital de ensino. Em todas análises desta tabela, eliminamos dois *outliers*<sup>3</sup> sendo o Grajaú e o UNITAU. Assim foi apurada uma amplitude entre 0,17 médicos por leito no Padre Albino e 1,75 médicos por leito na UNIFESP. A média geral foi de 0,78 médicos por leito. Nessas condições percebe-se que apenas a UPA tem uma quantidade de médicos por leito hospitalar acima da média geral.

Quanto ao caso do HSPX e a União do HSPX e UPA, a quantidade de médicos por leito hospitalar esta bem abaixo da média. De todas as entidades referenciadas na Tabela 6, percebe-se que 54,5% delas também estão com o indicador abaixo da média geral. Mas ao comparar o caso do HSPX, apenas 9,1% das entidades possuem a quantidade de médicos por leito hospitalar inferior a 0,30 sendo o Padre Albino e o Emílio Carlos. Dessa forma, fica constatado que a maioria dos *benchmark*<sup>4</sup> referenciados apresentam o resultado deste indicador superior ao HSPX e da união do USPX e UPA.

---

<sup>3</sup> Um *outlier* consiste em algo distante de um corpo principal, distante da média, um ponto fora da curva e diferenciado do comum (GLADWELL, 2008).

<sup>4</sup> *Benchmark* são as referências de mercado, os parâmetros que uma organização utiliza para comparar os seus resultados e avaliar seu posicionamento no mercado (CAMPOS, 2013).

Cláudio Rodrigo de Pina  
**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL: O Estudo de um Hospital Filantrópico  
 Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

Tabela 6: Dimensionamento do Corpo Clínico por  
 Leito Hospitalar Comparado a Referencias

<b>Referências</b>	<b>Médicos / Leito</b>
HCFMUSP	0,59
FAEPA	0,67
Santa Casa de SP	1,01
UNIFESP	1,75
FUFARME	0,68
UNICAMP	0,46
UNESP	0,31
Sorocaba	1,16
Bauru	0,90
Grajaú	4,72
HU - USP	1,15
HUPP	1,01
FAMEMA	1,01
Sumaré	0,76
Padre Albino	0,17
Emílio Carlos	0,26
UNITAU	-
Bragança Paulista	0,92
IDPC	0,53
Incor	0,76
Pio XII	0,79
Amaral Carvalho	0,42
Emílio Ribas	1,47
Centrinho	0,47
<b>Corpo Clínico / Leito HSPX</b>	<b>0,30</b>
<b>Corpo Clínico / Leito UPA</b>	<b>0,84</b>
<b>Corpo Clínico / Leito HSPX mais UPA</b>	<b>0,42</b>

Fonte: Adaptado de (PICCHIAI, 2009) e Pesquisa do autor.

#### 3.1.4. Origem dos Recursos

Por meio da contratualização que a Associação Hospital São Pio X tem com a Secretaria Municipal de Saúde de Ceres, inúmeros serviços de saúde são prestados gratuitamente à população usuária do SUS. Todo esse serviço vem regulado pela Secretaria. Faz parte dessa contratualização os serviços de Atenção a Saúde como urgência e emergência, ambulatorial,

consultas especializadas, exames de apoio diagnóstico, atenção hospitalar, internações por especialidades e cirurgias eletivas.

Em 2016 foram realizadas 3.452 internações dentre todas as clínicas e mais 77.676 procedimentos ambulatoriais. Essa operação proporcionou um faturamento de R\$ 4,5 milhões no ano. Parte desse recurso é fixo mas a maior parte é variável, sendo atrelada à produtividade. Os repasses são feitos mensalmente. Em 2017 o volume de internações e procedimentos ambulatoriais vem numa média próxima a 2016, entretanto a estimativa é faturar apenas R\$ 2,7 milhões. Essa queda é decorrente de um recurso estadual que não mais será repassado à entidade.

Há uma segunda contratualização entre a Associação Hospital São Pio X e a Secretaria Municipal de Saúde de Ceres para gestão e operação da UPA. Aqui o repasse de recursos é fixo, num total de R\$ 5,4 milhões ao ano, independente da quantidade e complexidade dos atendimentos realizados. Em 2016 foram realizados 42.368 atendimentos. A perspectiva para 2017 é fechar próximo desse número.

A terceira contratualização se dá entre as mesmas entidades, mas agora se trata apenas da gestão dos recursos financeiros do SAMU. Por esse serviço a Associação Hospital São Pio X fatura R\$ 240 mil anualmente.

Todo lastro formal dessas contratualizações são regidos pela lei de licitações e estão publicadas no portal da transparência<sup>5</sup>.

Os convênios com planos de saúde e convênios corporativos são outras fonte de receitas para a entidade porém pouco aproveitada. Não há números para representar este caso.

Os atendimentos particulares ocorrem de maneira quase exclusiva no CCDI, com a realização de exames laboratoriais e de imagem, mas num volume baixo. A maior parte dos atendimentos realizados nesta unidade de saúde é decorrente de pacientes do SUS. A análise dos relatórios aponta cerca de 4% de atendimentos particulares realizados no CCDI.

---

<sup>5</sup> O portal transparência é uma iniciativa do governo, cujo objetivo é divulgar a aplicação do dinheiro público, de modo que a população tenha acesso e ajude na fiscalização. O governo brasileiro acredita que a transparência é um mecanismo importante para combater a corrupção (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2013).

O HSPX e a UPA são unidades hospitalares que despertam o interesse de escolas e universidades da região devido seu vasto campo de atuação e qualificação dos serviços prestados. Com o objetivo de contribuir com a formação de profissionais, e de se consolidar como hospital escola, esta entidade tem firmado convênios de estágio há vários anos. Mais de 300 estudantes e universitários já foram recebidos neste período.

Por meio de convênios com essas Escolas Técnicas e Instituições de Ensino Superior, é pactuado entre as partes um valor para custear as atividades de estágio e internato desses estudantes e universitários.

Além de desenvolver sua atividade principal na área hospitalar, esta entidade possui a área de fabricação de medicamentos fitoterápicos. Parte é doada para a comunidade e outra parte é comercializada a preços abaixo do mercado. Em 2016, mais de 15.000 frascos foram distribuídos. Em 2017, até o mês de Outubro, já foram 16.000 frascos.

Por fim, a Associação Hospital São Pio X também recebe doações importantes que ajudam a complementar os recursos necessários para operação da entidade. São doações voluntárias da comunidade e de empresários como alimentos, medicamentos, materiais médicos e até dinheiro.

Ao reunir os recursos financeiros e doações, esta entidade alcançou um faturamento de R\$ 10,4 milhões em 2016. Até o fechamento da coleta de dados na entidade, vimos que a estimativa de faturamento em 2017 será inferior ao resultado de 2016.

### **3.2. Perfil dos Gestores**

A equipe de gestores da Associação Hospital São Pio X é composta por sete profissionais, sendo 43% homens e 57% mulheres. O grau de escolaridade dos gestores e o departamento em que atuam estão dispostos no Quadro 4. Constatamos que todos os gestores possuem curso superior completo, dos quais 57,1% também possuem alguma especialização *lato sensu*.

**Quadro 4: Paralelo dos Departamentos e Respetivo Grau de Escolaridade dos Gestores**

<b>Departamento</b>	<b>Grau de Escolaridade do Gestor</b>
(DG) Direção Geral	Superior em Filosofia

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AValiação de Desempenho Organizacional: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

(GTH) Gerência Técnica Hospitalar	Superior em Enfermagem, com especialização em Saúde Pública; Regulação e Serviço Social; e Segurança e Qualidade ao Paciente
(GRH) Gerência de Recursos Humanos	Superior em Serviço Social, com especialização em Gestão de Pessoas
(GCCDI) Gerência do CCDI	Superior em Biomedicina
(CHM) Coordenação de Hotelaria e Manutenção	Superior em Administração
(CCC-I) Coordenador do Corpo Clínico I	Superior em Medicina, com especialização em Ginecologia e Obstetrícia
(CCC-II) Coordenador do Corpo Clínico II	Superior em Medicina, com especialização em Clínica Geral

Fonte: Pesquisa do autor.

A maioria dos gestores da Associação Hospital São Pio X possuem idade superior a 45 anos, conforme pode ser constatado na Tabela 7. Esses indivíduos estão vinculados na entidade entre 5 e 7 anos. Metade deles não possui especialização.

Os demais gestores são os mais jovens, com idade inferior a 45 anos. Eles estão vinculados na entidade a menos de 3 anos. Dois terços possuem especialização. O tempo de vínculo com a entidade é apresentado na Tabela 8.

**Tabela 7: Idade dos Gestores**

Escalas de Idade	Quantidade
Menos de 25 anos	0
De 25 a 35 anos	2
De 35 a 45 anos	1
De 45 a 55 anos	3
Acima de 55 anos	1

Fonte: Pesquisa do autor.

**Tabela 8: Tempo de Vínculo na Entidade**

Escalas de Idade	Quantidade
Menos de 1 ano	1
De 1 a 3 anos	2
De 3 a 5 anos	0
De 5 a 7 anos	4
Acima de 7 anos	0

Fonte: Pesquisa do autor.

### 3.3. Avaliação da Utilização dos Indicadores

Com base nas dimensões que uma ADO formal pode alcançar de acordo com os estudos Yokomizo (2009), foi aplicado aos gestores da Associação Hospital São Pio X um questionário para avaliar a frequência atual que os indicadores são utilizados e a frequência que se deseja utilizá-los.

Com isso foi possível compreender o cenário atual e a cenário desejado pelos gestores acerca do assunto. No Quadro 7 e Quadro 8 são apresentadas as pontuações de cada dimensão e seu posicionamento na régua de frequência, conforme as respostas obtidas na pesquisa.

Foi estabelecido um critério de pontuação que avalia o grau de utilização e de desejo dos indicadores conforme cada dimensão. Para tanto, cada frequência foi graduada conforme demonstra o Quadro 5.

Quadro 5: Graduação em Pontos por Frequência

Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 ponto	5 pontos

Fonte: Pesquisa do autor.

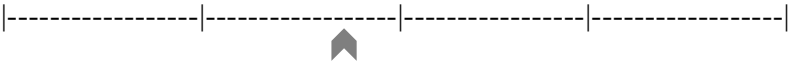
Por considerar 7 indivíduos pesquisados e 5 opções de frequência, a pontuação mínima a ser alcançada em cada dimensão é 7 pontos e representa que todos os indivíduos afirmaram nunca utilizar ou nunca desejam utilizar os indicadores da referida dimensão, ou seja, todos os pesquisados deram 1 ponto para a dimensão avaliada.

A pontuação máxima é 35 pontos e representa que todos os indivíduos utilizam ou desejam utilizar os indicadores da referida dimensão, ou seja, todos os pesquisados deram 5 pontos para a dimensão..

Dessa forma, a quantidade de indivíduos em cada frequência foi multiplicada pela respectiva pontuação. Em seguida os pontos de todas as frequências da referida dimensão foram somadas e expressas na coluna de pontuação final do Quadro 7 e Quadro 8.

Portanto, de acordo com o resultado da pesquisa as pontuações podem variar entre 7 e 35 pontos, conforme apresentado no Quadro 6. Cada dimensão terá uma régua de frequência com uma ampulheta apontando a respectiva pontuação da dimensão da ADO na régua.

Quadro 6: Exemplo da Régua de Frequência por Dimensão da ADO

Frequência	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
Pontuação Máxima	7 ponto	14 pontos	21 pontos	28 ponto	35 pontos
Régua de Frequência					

Fonte: Pesquisa do autor.

A partir dessas perspectivas, vamos a análise descritiva.

### 3.3.1. Frequência Atual de Utilização dos Indicadores

A análise pertinente a este subcapítulo implica na avaliação da frequência atual em que os indicadores são utilizados conforme a percepção dos gestores da Associação Hospital São Pio X.

Foi constatada uma grande concentração das respostas na área central e esquerda do quadro. Esse cenário é percebido no Quadro 7 no qual todas as ampulhetas estão localizadas na referida área. Isso demonstra que os gestores não tem o hábito de acompanhar os indicadores com muita frequência.

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

Quadro 7: Frequência Atual na Utilização de Indicadores

Dimensões	Pontuação Média	Régua de Frequência				
		Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
(IEF) - indicadores econômico-financeiros	20	----- ----- ----- -----		▲		
(IPEO) - indicadores de processos e eficiência operacional	20	----- ----- ----- -----		▲		
(ICU) - indicadores de clientes ou usuários	12	----- ----- ----- -----	▲			
(IPA) - indicadores de pessoas e aprendizagem	12	----- ----- ----- -----	▲			
(ICIT) - indicadores de capacidade e infraestrutura técnica	18	----- ----- ----- -----		▲		
(II) - indicadores de inovação	7	----- ----- ----- -----	▲			
(IMA) - indicadores de meio ambiente	7	----- ----- ----- -----	▲			
(IS) - indicadores sociais	10	----- ----- ----- -----	▲			

Fonte: Pesquisa do autor.

Na análise geral desse cenário, percebemos que as dimensões melhor pontuadas são os indicadores econômico-financeiros e os indicadores de processos e eficiência operacional, pois alcançaram uma pontuação média de 20 pontos. Próximo deles segue os indicadores de capacidade e infraestrutura técnica com 18 pontos.

Mesmo sendo as três dimensões melhor pontuadas, tal cenário demonstra que tais indicadores são utilizados somente às vezes. Apenas dois indivíduos afirmaram utilizar indicadores dessas dimensões quase sempre, entretanto não foi suficiente para melhorar a frequência geral.

Nessa perspectiva, nenhuma das dimensões da ADO é utilizada quase sempre ou sempre.

As maiores concentrações ocorreram nas dimensões de indicadores de inovação e indicadores de meio ambiente. Neles, todos os indivíduos afirmaram nunca utilizá-los. Com 7 pontos cada, representam os indicadores com menor pontuação.

Ao analisar o perfil de respostas dos indivíduos pesquisados, percebe-se que ninguém alcançou uma frequência geral acima da mediana. As avaliações com maior frequência vem especialmente de dois indivíduos vinculados na entidade entre 5 e 7 anos e outro com vínculo a menos de 1 ano. Isso nos mostra que são esses indivíduos os que têm maior proximidade e domínio sobre os indicadores e seus resultados avaliados na entidade.

As menores pontuações são provenientes da equipe de coordenação, hierarquicamente abaixo dos gerentes, mas também há um gerente.

Em geral, as evidências nos mostram que os indicadores são utilizados com pouca frequência. Essa condição é pouco favorável pra a entidade e desperta a atenção para questionamentos acerca da qualidade e nível profissional da gestão e dos gestores da Associação Hospital São Pio X.

### **3.3.2. Frequência Desejada na Utilização dos Indicadores**

Quanto a análise da frequência que os gestores desejam utilizar os indicadores, será aplicado os mesmos critérios de avaliação do subcapítulo anterior.

O Quadro 8 retrata uma movimentação significativa das ampulhetas para a direita do quadro. Isso representa os gestores têm a expectativa de utilizar os indicadores. De maneira unanime, os gestores consideram os indicadores econômico-financeiros e indicadores de processo e eficiência operacional os mais relevantes e devem ser avaliados sempre.

Quadro 8: Frequência Desejada na Utilização de Indicadores

Dimensões	Pontuação Média	Régua de Frequência				
		Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
(IEF) - indicadores econômico-financeiros	35					▲
(IPEO) - indicadores de processos e eficiência operacional	35					▲
(ICU) - indicadores de clientes ou usuários	33				▲	
(IPA) - indicadores de pessoas e aprendizagem	33				▲	
(ICIT) - indicadores de capacidade e infraestrutura técnica	28			▲		
(II) - indicadores de inovação	24			▲		
(IMA) - indicadores de meio ambiente	25			▲		
(IS) - indicadores sociais	26			▲		

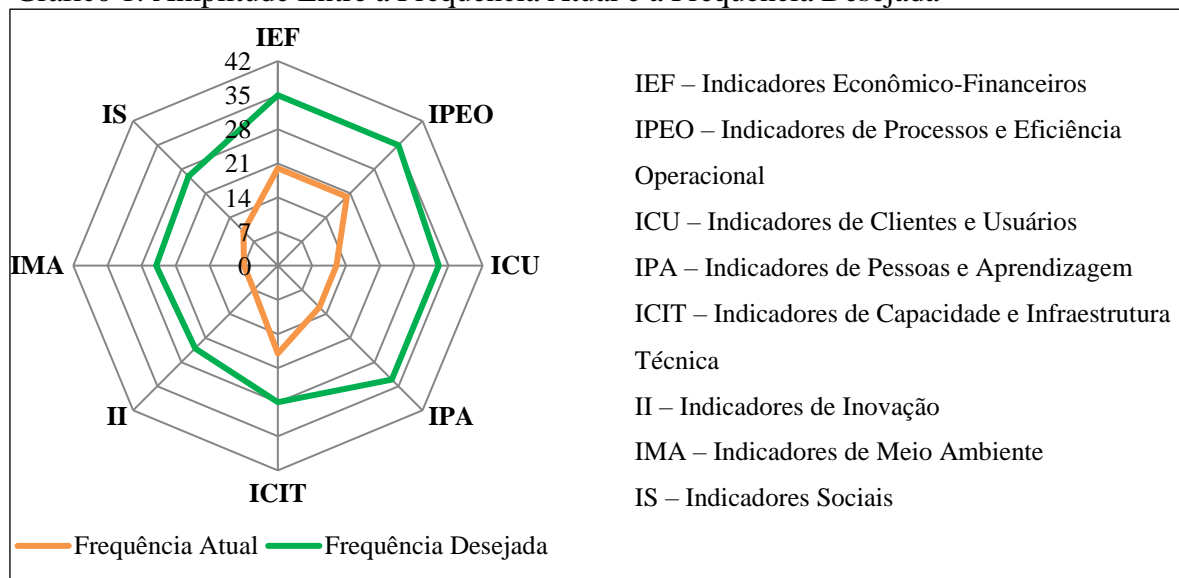
Fonte: Pesquisa do autor.

Outras dimensões das quais houve grande desejo de utilização por parte dos gestores foram os indicadores de cliente e usuários e os indicadores de pessoas e aprendizagem. 71,4% dos gestores disseram que tais indicadores devem ser avaliados sempre.

Quanto ao perfil dos indivíduos pesquisados e suas respostas, encontramos algumas diferenças significativas quando comparado na análise do Quadro 7. Aqui, a pontuação média de todos os indivíduos está acima da mediana. E a dispersão entre eles é pequena.

De acordo com esses resultados, fica evidente a distância entre a percepção e o desejo dos gestores ao tratarmos da ADO nessa entidade. Tal evidência é apresentada no Gráfico 1.

**Gráfico 1: Amplitude Entre a Frequência Atual e a Frequência Desejada**



Fonte: Pesquisa do autor.

Para análise desse gráfico, as graduações são as mesmas apresentadas nas análises anteriores, agora apresentadas em conjunto na forma de gráfico.

Dessa forma, a frequência atual de utilização dos indicadores mais evidentes são os indicadores econômico-financeiros, os indicadores de processos e eficiência operacional e os indicadores de capacidade e infraestrutura. As demais dimensões apresentaram pontuação média inferior a 12 pontos, sendo considerados muito pouco utilizados pela gestão da Associação Hospital São Pio X.

A amplitude da frequência atual compreende o intervalo entre 7 e 20 pontos. Isso representa uma lacuna significativa com variação de 65% entre os indicadores mais utilizados e os menos utilizados.

Ao tratar da frequência desejada pelos gestores para utilização de indicadores, percebe-se uma perspectiva mais uniforme. Sua amplitude compreende o intervalo entre 24 e 35 pontos e representa uma lacuna com variação de 31,4%.

Essa condição nos mostra que os gestores reconhecem a deficiência na utilização de indicadores de desempenho na Associação Hospital São Pio X e assumem a necessidade de avançar nesse assunto, de maneira que todas as dimensões da ADO sejam alcançadas.

Outra análise pertinente ao Gráfico 1, trata da amplitude cruzada entre a frequência atual e a frequência desejada para utilização dos indicadores. Na Tabela 9 é demonstrado esse cruzamento.

Tabela 9: Variação da Amplitude Cruzada

Dimensões	Pontuação Média da Frequência Atual	Pontuação Média da Frequência Desejada	Variação
(IEF) - indicadores econômico-financeiros	20	35	75,0%
(IPEO) - indicadores de processos e eficiência operacional	20	35	75,0%
(ICU) - indicadores de clientes ou usuários	12	33	175,0%
(IPA) - indicadores de pessoas e aprendizagem	12	33	175,0%
(ICIT) - indicadores de capacidade e infraestrutura técnica	18	28	55,6%
(II) - indicadores de inovação	7	24	242,9%
(IMA) - indicadores de meio ambiente	7	25	257,1%
(IS) - indicadores sociais	10	26	160,0%

Fonte: Pesquisa do autor.

As menores amplitudes ocorrem nos indicadores de capacidade e infraestrutura técnica, nos indicadores econômico-financeiros e indicadores de processos e eficiência operacional. Nelas as lacunas são expressas por uma variação de 55,6%, 75,0% e 75,0% respectivamente. Isso mostra que, dentre todas as dimensões do ADO aqui avaliadas, essas três estão mais próximas do desejo dos gestores da entidade, embora essa distância ainda seja significativa.

Os demais indicadores possuem uma variação superior a 160%. Isso demonstra que o cenário atual de avaliação de desempenho desses indicadores está muito distante das expectativas.

Embora os indicadores de inovação e os indicadores de meio ambiente continuem sendo os menos desejados, são neles que encontramos as maiores lacunas.

### **3.4. Análise do Sistema de ADO da Associação Hospital São Pio X**

Neste subcapítulo serão apresentados os resultados explorados nas entrevistas acerca do sistema de ADO vigente na Associação Hospital São Pio X, suas características, percepções e expectativas.

### **3.4.1. Planejamento Estratégico e Sistema de ADO da Entidade**

De acordo com os relatos dos gestores entrevistados, a Associação Hospital São Pio X possui um planejamento estratégico. Ele é desenvolvido anualmente com o objetivo principal de oficializar as contratualizações com a Secretaria Municipal de Saúde e para apreciação do Conselho Diretor. Sua elaboração conta com a participação da Direção Geral e da Gerência Técnica Hospitalar do HSPX. Entretanto, um dos entrevistados foi contundente ao afirmar que “nunca foi feito planejamento estratégico na entidade” (GTH).

Quando questionados a respeito da utilização de modelos formais de planejamento estratégico, as respostas foram unânimes ao afirmarem que não há e também não conhecem ou não têm o hábito de aplicar tais modelos.

Não conheço nenhum modelo formal de planejamento estratégico. Só participo de algumas reuniões que dizem ser estratégicas, mas não sei se possuem algum fundamento (GCCDI).

O planejamento estratégico, à luz da maioria dos gestores da Associação Hospital São Pio X, é baseada na elaboração de dois documentos. O primeiro trata-se do POA (Plano Operativo Anual). Ele é um documento integrante das contratualizações e contém as características dos serviços a serem prestados, seu quantitativo e as metas gerenciais e de qualidade.

Quanto às metas quantitativas, relacionadas à produtividade, o POA apresenta uma relação de serviços, suas metas e indicadores para acompanhar os resultados, entretanto essas informações já vêm formatadas da Secretaria Municipal de Saúde para posterior validação da Direção da Associação Hospital São Pio X.

Quanto às metas qualitativas, estão relacionadas à entrega dos relatórios da Comissão de Revisão de Óbitos; Comissão de Revisão de Prontuários; Comissão de Controle de Infecções Hospitalares; Comissão de Ética Médica e Comissão Interna de Prevenção de Acidentes. Também configura para das metas qualitativas a participação da Associação Hospital São Pio X das políticas públicas preconizadas pelo SUS como HumanizaSUS; Política Nacional de Medicamentos; Saúde do Trabalhador; Saúde da Mulher, da Gestante e da Criança; Desenvolvimento Profissional e relatórios gerenciais publicados no portal eletrônico de transparência.

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AValiação de Desempenho Organizacional: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

Essas metas do POA são apenas informativas pra gente. Vem lá de cima. Temos apenas que correr atrás para alcança-las. Mas nem dá para fazer nada porque os pacientes que atendemos aqui são todos encaminhados da Secretaria de Saúde pra cá (GHM).

O segundo documento é um orçamento. Ele é definido numa estrutura de plano de contas conforme pode ser visto no Quadro 9. Os valores são obtidos de acordo com o POA, com os resultados históricos, novos projetos e novas cotações.

**Quadro 9: Estrutura do Orçamento da Associação Hospital São Pio X**

<b>RECEITAS</b>	<b>R\$ (+)</b>
Convênios e Contratos SUS	
Doações Diversas	
Convênio com Instituições de Ensino	
Casa de Fitoterapia	
Atendimentos Particulares	
Convênio com Planos de Saúde e Corporativos	
<b>DESPESAS</b>	<b>R\$ (-)</b>
Folha de Pessoal	
___ Salário	
___ Férias	
___ Rescisão	
___ FGTS	
___ INSS	
___ IRRF	
___ PIS Sobre a Folha de Pagamentos	
___ Contribuição Sindical	
Prestadores de Serviços	
___ Plantões da Maternidade	
___ Plantões de Urgência e Emergência	
___ Consultas Especializadas	
___ AIHs	
___ Plantões de Referencia na Clínica Médica	
___ Assessoria Jurídica	
___ Assessoria Contábil	
___ Laboratórios	
___ Coleta de Lixo Hospitalar	
___ Laudos de USG	
___ Laudos de ECG	
___ Laudos de Radiologia	
Farmácia	
___ Medicamentos	

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AValiação de Desempenho Organizacional: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

<input type="checkbox"/> Materiais Médicos
<input type="checkbox"/> Soros
<input type="checkbox"/> Gases Medicinais
<input type="checkbox"/> Material Raio X
<input type="checkbox"/> Ósteses e Próteses

**Quadro 9 – Estrutura do Orçamento da Associação Hospital São Pio X**  
(cont.)

<input type="checkbox"/> Débitos Anteriores de Medicamentos
Material de Laboratório
Serviços de Nutrição e Dietética
<input type="checkbox"/> Gêneros Alimentícios
<input type="checkbox"/> Hortifrutigranjeiros
<input type="checkbox"/> Leite e Derivados
<input type="checkbox"/> Panificadora
<input type="checkbox"/> Carne
<input type="checkbox"/> Gás de Cozinha
<input type="checkbox"/> Outros
Serviços do Almoxarifado
<input type="checkbox"/> Material de Expediente
<input type="checkbox"/> Material de Higienização
<input type="checkbox"/> Material de Informática
<input type="checkbox"/> Material Gráfico
<input type="checkbox"/> Material de Manutenção
<input type="checkbox"/> Outros Materiais
Serviços de Lavanderia
<input type="checkbox"/> Material de Lavanderia
<input type="checkbox"/> Tecidos
<input type="checkbox"/> Material de Costura
<input type="checkbox"/> Outros Materiais
Gastos Diversos
<input type="checkbox"/> Água
<input type="checkbox"/> Energia
<input type="checkbox"/> Telefone Fixo
<input type="checkbox"/> Telefone Celular
<input type="checkbox"/> Cursos e Treinamentos
<input type="checkbox"/> Despesas com Viagem
<input type="checkbox"/> Empréstimos
<input type="checkbox"/> Dívidas com Fornecedores
<input type="checkbox"/> Equipamentos Hospitalares
<input type="checkbox"/> Manutenção do Carro
<input type="checkbox"/> Manutenção WebSite
<input type="checkbox"/> Manutenção Software de Gestão

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AValiação de Desempenho Organizacional: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

<input type="checkbox"/> Manutenção Certificação do Laboratório
<input type="checkbox"/> Manutenção do Portal de Transparência
<input type="checkbox"/> Combustível
Manutenção Predial
<input type="checkbox"/> Mão de Obra
<input type="checkbox"/> Material de Construção

Quadro 9 – Estrutura do Orçamento da Associação Hospital São Pio X  
(cont.)

<input type="checkbox"/> Material Elétrico
<input type="checkbox"/> Honorário de Projetistas
<input type="checkbox"/> Esquadrias Metálicas
<input type="checkbox"/> Móveis Planejados
<b>RESULTADOS</b>
R\$ (=)

Fonte: Pesquisa do autor.

Segundo Ross (2008) o orçamento é uma ferramenta primária para o planejamento financeiro de curto prazo. Com ele é possível realizar previsões dos recebimentos e dos desembolsos num determinado período, e assim estimar o *déficit* ou *superávit* da operação. Neste sentido a estrutura orçamentária apresentada pela Associação Hospital São Pio X é apropriada, pois consegue apresentar uma previsão de resultado, entretanto a maioria dos gestores entrevistados o considera inadequado. A justificativa mais ouvida refere-se à ineficiência desta ferramenta, vem do fato da entidade estar em dificuldade financeira há algum tempo.

Quando vou fazer o orçamento do ano, pego os números obtidos nos anos anteriores, analiso, calculo médias, vejo onde pode ter ajustes, converso com alguns gerentes, mas sempre ele fecha negativo. Até pensamos em algumas ações para recuperar, mas o tempo está sempre corrido demais para entrar nesses detalhes. Daí acaba ficando por isso mesmo. O Conselho, para não travar o processo também aprova, mas pede ajustes urgentes. Aí fica assim. (DG).

Para analisar essa evidência, os orçamentos de 2016 e 2017 foram vistos pelo pesquisador e constatado em ambos uma previsão de *déficit* na operação. Mesmo nessas condições, o orçamento foi apresentado ao Conselho Diretor, o qual foi aprovado com ressalvas, para que o *déficit* seja neutralizado no decorrer do ano.

Foi relatado também que não há o hábito de comparar os resultados obtidos no decorrer do ano com o orçamento. Essa ação só é realizada de maneira empírica e sem padrão. A maioria dos gestores não tem acesso ao orçamento.

Eu mesmo nunca fui questionado se meus resultados estão de acordo com o orçamento. Aliás, eu só vejo esse orçamento no começo do ano. Depois é um Deus nos acuda para comprar os materiais que a gente precisa. O acompanhamento é feito de acordo com a necessidade de apagar os incêndios (GTH).

Outra característica marcante neste orçamento é sua extensão e algumas inconsistências. Ao analisar esse documento, percebe-se claramente que a estrutura proposta não segue o rito de uma DRE (Demonstração de Resultados do Exercício), nem nenhum outro método de custeio como custeio por absorção ou custo ABC. Também percebemos que o orçamento é único, ou seja, o orçamento de todas das Unidades de Saúde e departamentos da Associação Hospital São Pio X estão integrados num único documento, sem distinção das particularidades de cada departamento.

Quando perguntados sobre sistemas de ADO, todos os entrevistados desconhecem o método e sequer ouviram falar. Mas quando perguntados sobre indicadores de desempenho, todos afirmaram conhecer e utilizar em alguns casos, mas de maneira informal. Esses indicadores, em sua maioria, são desdobrados das contratualizações como o SUS, o qual estabelece alguns parâmetros a serem seguidos.

Segundo os entrevistados, existe uma série de planilhas eletrônicas alimentadas e alguns relatórios emitidos para acompanhar os resultados, porém todos afirmaram que não existe uma maneira sistematizada nem padronizada de apurar e avaliar o desempenho da entidade. Essa atividade ocorre quando surge uma demanda por informações, ou por uma cobrança por parte das contratualizações ou por parte da Direção e do Conselho Diretor.

Dessa forma, de acordo com as definições de indicador de desempenho apresentados no referencial teórico deste trabalho, consideramos desajustados e sem nexo a maneira como os referidos indicadores são tratados. Contudo, a forma de avaliar o desempenho da entidade é inadequada.

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AValiação DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

Na sequência, os gestores foram questionados sobre a abrangência do sistema de ADO. Mais uma vez todos afirmaram desconhecem o modelo. Entretanto houve menções a aplicação de indicadores nas áreas financeira, de enfermagem e no laboratório.

As avaliações não abrangem nada. Ela não existe! Já os indicadores; tem alguns financeiros e na minha área temos alguns indicadores de enfermagem. Nas outras áreas eu não sei (GTH).

Quanto à utilização de indicadores financeiros e não financeiros; ela é percebida como presentes na entidade. Alguns entrevistados voltaram a ressaltar a informalidade desses indicadores.

Numa análise focal das características desses indicadores informais, foi constatada a existência de controles financeiros, que abrange as contas a pagar e contas a receber em especial; e controles não financeiros, relacionados à parte médico-hospitalar.

Nas demais áreas também possuem alguns controles, mas acho que não são prioritários. Também não sei se eles entregam algum tipo de relatórios para a Direção (CCC-1).

Uma vez que não existe um sistema de ADO formal, não há por consequência, vínculos com o Planejamento Estratégico. Apenas os relatórios são fonte de informação para o processo decisório dos gestores, vindo a contribuir com o planejamento retro mencionado.

Na Associação Hospital São Pio X não existe um calendário pré-estabelecido para realização de reuniões de resultados nem há o hábito de realizá-las de maneira extraordinária. O assunto só é discutido quando há algum problema ou demanda específica. Voltaram a mencionar a “gestão padrão bombeiro” (GTH e GRH)

O *Feedback* com a equipe também ocorre nesse modelo informal, onde os colaboradores envolvidos são chamados para discutir os problemas e propor melhorias a qualquer momento e em qualquer lugar. As conversas nos corredores foram citadas algumas vezes, inclusive em tons mais exaltados. Neste momento da entrevista, alguns gestores se queixaram de não serem ouvidos pela direção, e consideraram a liderança omissa em alguns momentos.

Tudo aqui no hospital acontece sem a gente saber. As coisas aparecem e somem de repente. Eu fico desorientado quando chego para trabalhar e tem funcionário meu deslocado para outro departamento, material acaba e ninguém fala nada. Aqui é assim (CCC-2).

Queixas semelhantes a essa foram recorrentes durante as entrevistas. Outro indivíduo mencionou: “Se nem para conversar a coisa flui bem, imagina fazer reunião desse jeito?” (CCC-1).

Quanto à comparação dos resultados da Associação Hospital São Pio X com outras entidades do mesmo segmento, foi relatado pela Direção Geral que isso é feito as vezes. Os gestores da área técnico-hospitalar, também relataram que essa prática é comum uma vez que, os médicos têm grande contato com outros colegas profissionais e outras entidades. Assim buscam referências nessas fontes.

Entretanto essas comparações não costumam ser registradas, ficando apenas na memória dos indivíduos que tiveram acesso a elas. Como constatado a ausência de indicadores formais, as comparações ficam impossibilitadas de ocorrerem por não haver uniformidade das informações.

### **3.4.2. Benefícios e Dificuldades do Sistema de ADO**

Mais uma vez, foi enfatizada por todos entrevistados que o sistema de ADO e os indicadores de desempenho são ferramentas não aplicadas nessa entidade de acordo com as formalidades propostas. Portanto, não é possível avaliá-lo.

Quando questionados se consideram válido o desenvolvimento de um sistema de ADO para a Associação Hospital São Pio X, todos concordaram.

Com certeza será ótimo ter um sistema de ADO aqui no hospital. Vai ajudar muito, principalmente para a Direção. Acho que vai ajudar diminuir esse jogo de empurra que acontece aqui e também vai colocar esses funcionários descompromissados e omissos para serem mais produtivos (CHM).

Mesmo por considerar ineficiente o modelo de avaliação de desempenho adotado na entidade e julgarem necessário um novo modelo, foi relatada por alguns indivíduos a importância do que já existe.

Pode até ser ineficiente a forma que a gente faz, mas essa é a forma que sabemos fazer e que tem nos ajudado até hoje. Não podemos abrir mão do que já está pronto (GRH).

O que percebemos na avaliação desta questão é o fato dos gestores concordarem com o desenvolvimento de um modelo de ADO para a entidade, entretanto a maioria dos indivíduos complementaram suas respostas com afirmações que expõe problemas na entidade e também barreiras para a evolução dessa proposta. “A ideia é boa, mas não sei se vinga aqui. O povo aqui é difícil”. (CHM)

Nesse sentido, destacamos os relatos de dificuldades enfrentadas na Associação Hospital São Pio X para avaliar seu desempenho. Segundo os entrevistados, a) as informações muitas vezes são imprecisas; b) as equipes não são envolvidas nem recebem *feedback*; c) os gestores nunca foram cobrados para desenvolverem indicadores, embora sejam constantemente cobrados a dar resultados; d) são muitas as planilhas e elas são confusas; e e) o dia a dia é muito corrido e não dá tempo para fazer relatórios.

Outra dificuldade relatada por quase todos os gestores entrevistados, foi a falta de comunicação da direção para com os gerentes e coordenadores. Entretanto, quando questionados sobre a reciprocidade dessa comunicação, percebe-se que ela é um problema crônico, uma vez que esses gerentes e coordenadores também não têm o hábito de reportar à Direção de maneira ordenada. Mais uma vez o termo “apagar incêndio” veio à tona, mas desta vez, no contexto da comunicação.

O que podemos perceber no contexto geral referente às dificuldades enfrentadas para avaliar o desempenho e para propor um modelo nesta entidade, é a constatação de que Associação Hospital São Pio X não está preparada para esse modelo de gestão. Um entrevistado mencionou que seria “uma missão quase impossível medir o desempenho de algumas áreas e principalmente algumas pessoas” (GTH).

Uma boa parte do quadro de funcionários está vinculada na entidade há muito tempo, alguns já são até aposentados. Existe uma grande resistência às mudanças por parte de alguns desses funcionários, mas também de outros “enculturados na ineficiência”(sic) (GRH).

O clima organizacional do hospital tem ficado cada dia pior. Além dos funcionários estarem muito soltos e as severas dificuldades financeiras que estamos passando, está quase impossível controlar as pessoas (GRH).

### **3.4.3. Principais Indicadores Utilizados e suas Características**

A visão dos gestores da Associação Hospital São Pio X é muito direcionada para a avaliação de indicadores econômico-financeiros e de processo e eficiência operacional. Isso foi constatado na análise do questionário, no qual os maiores índices de utilização e desejo de indicadores foram concentrados nessas duas dimensões.

Houve uma considerável dificuldade dos gestores para mencionar especificamente os indicadores mais importantes, uma vez que o sistema como um todo não é estruturado. Os entrevistados responderam a esse questionamento mencionando apenas as dimensões financeiras e operacionais como fundamentais.

Ainda assim, foi possível extrair o nome de alguns indicadores, mesmo informais sendo eles: a) faturamento; b) custo total; c) lucro líquido; d) endividamento; e) quantidade de procedimentos; e f) taxa de mortalidade. Alguns outros foram relatados, entretanto são consideramos desdobramentos dos seis aqui apresentados.

Ao serem questionados se esses indicadores possuem metas, alguns gestores – a minoria deles – relataram que não sabem se existem metas, ou se tem meta não foram informados. Já a maioria mencionou as metas provenientes do POA.

Todas as planilhas que eu tenho para preencher diariamente, são para gerar relatórios de produção e mandar para a Secretaria de Saúde. A Direção também fica com esses relatórios (GTH).

Também foi mencionado o orçamento realizado no início do ano como instrumento de definição das metas. Entretanto, de todos os gestores que o mencionaram, houve unanimidade ao afirmarem que não há acompanhamento dessas metas de maneira sistematizada.

Quanto à revisão dessas metas, elas são realizadas anualmente com objetivo primordial de renovação das contratualizações. Esse é um trabalho desenvolvido somente pela Direção Geral.

De acordo com os gestores, há o desejo de acompanhar os resultados de várias situações da Associação Hospital São Pio X, entretanto a maioria afirmou não saber exatamente que indicador é necessário por não terem pensado nisso antes da entrevista e também por

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AValiação de Desempenho Organizacional: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

desconhecer o instrumento de ADO. Neste momento, muito referenciaram suas respostas aos questionários, que avaliou apenas as dimensões de indicadores.

Em suma, de acordo com as entrevistas e a análise de documentos da Associação Hospital São Pio X, foi constatada a inexistência de indicadores de desempenho formais, conforme já vimos anteriormente. Entretanto foi possível identificar relatórios e indicadores informais utilizados pelos gestores. Saliente-se que apenas os indicadores informais da gerência técnica são de caráter obrigatório por exigência da Secretaria de Saúde e SUS. Os demais são acompanhados por voluntarismo e conveniência dos gestores, não possuindo robustez constância ou método.

Esses indicadores foram organizados conforme as divisões hierárquicas que compõem o organograma na Figura 2.

De acordo com o Quadro 10, são apresentados 31 indicadores divididos em seis áreas distintas. Fica evidenciada a falta de padrão na definição dos indicadores, o que valida por definitivo a informalidade desse processo. Embora sejam apuradas informações úteis e relevantes para a gestão, fica claro o desalinhamento entre esses indicadores, uma vez que não há encadeamento lógico.

**Quadro 10: Principais Indicadores Informais da Associação Hospital São Pio X**

<b>Áreas do Organograma</b>	<b>Indicador Informal</b>	<b>Característica do Indicador</b>
Direção Geral	Faturamento por Origem	Valor em R\$ do faturamento detalhado por origem dos recursos, apurado mensalmente
	Custos por Origem	Valor em R\$ dos custos detalhados por origem, apurado mensalmente
Gerência Administrativa	Custo com Manutenção	Valor em R\$ gastos com manutenção, apurado mensalmente
	Custo com Lavanderia E Rouparia	Valor em R\$ gastos com a lavanderia e roupa, apurado mensalmente
	Custo com Nutrição	Valor em R\$ gastos com nutrição, apurado mensalmente
	Custo com Higienizações	Valor em R\$ gastos com higienização, apurado mensalmente
Gerência de Recursos Humanos	Valor da Folha de Pagamento	Valor em R\$ dos gastos com a folha de pagamento separada por unidade de saúde, apurado mensalmente
	Número de Registros na Ouvidoria	Quantidade absoluta de registros na ouvidoria, apurado quando solicitado

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AValiação de Desempenho Organizacional: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

	Número de Estagiários e Residentes	Quantidade absoluta de estagiários e residentes atuantes na entidade, apurado quando solicitado
Gerência Técnica do HSPX	Percentual de Alcance das Internações Realizadas por Especialidade	Fórmula = (quantidade de AIHs / meta de AIHs), separado por especialidade e apurado mensalmente
	Percentual de Alcance das Médias de Internação por Especialidade	Fórmula = (quantidade média de AIHs / meta da média de AIHs), separado por especialidade e apurado mensalmente
	Percentual de Internação de Urgência	Fórmula = (quantidade de AIHs de urgência / total de AIHs), apurado mensalmente
	Percentual de Cirurgias em Caráter Eletivo	Fórmula = (quantidade de cirurgias eletivas / total de cirurgias), apurado mensalmente
	Percentual de Parto Cesáreo	Fórmula = (quantidade de cesáreas / total de partos), apurado mensalmente
	Taxa de Mortalidade	Fórmula = (quantidade de óbitos / total de AIHs), apurado mensalmente
	Taxa de Ocupação dos Leitos Por Clínica	Fórmula = (quantidade de AIHs / total de AIHs potencial dos leitos), separados por clínica e apurado mensalmente

Quadro 10 – Principais Indicadores Informais da Associação Hospital São Pio X (cont.)

Áreas do Organograma	Indicador Informal	Característica do Indicador
Gerência Técnica da UPA	Taxa de Ocupação dos Leitos por Risco	Fórmula = (quantidade de atendimentos / total de atendimentos potencial dos leitos), separados por risco e apurado mensalmente
	Número de Transferências para Internação	Quantidade absoluta de transferências, apurado mensalmente
	Número de Consultas de Urgência e Emergência	Quantidade absoluta de consultas de urgência e emergência, apurado mensalmente
	Número de Consultas em Observação 24h	Quantidade absoluta de consultas sob observação 24h, apurado mensalmente
	Número de Procedimentos Ambulatoriais	Quantidade absoluta de procedimentos ambulatoriais, apurado mensalmente
	Número de Tomografia	Quantidade absoluta de tomografias, apurado mensalmente
	Número de Radiologia	Quantidade absoluta de radiografias, apurado mensalmente
	Número de Exames Laboratoriais	Quantidade absoluta de exames laboratoriais, apurado mensalmente

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AValiação de Desempenho Organizacional: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

	Número de USG	Quantidade absoluta de ultrassonografias, apurado mensalmente
	Número de ECG	Quantidade absoluta de eletrocardiogramas, apurado mensalmente
	Número de Óbitos 24 Hs	Quantidade absoluta de óbitos ocorridos, apurado mensalmente
	Número de Atendimento de Ceres	Quantidade absoluta de atendimentos à cidadãos de Ceres, apurado mensalmente
	Número de Atendimento de Outras Cidades	Quantidade absoluta de atendimentos à cidadãos de outras cidades, apurado mensalmente
Gerência do CCDI	Volume de Procedimentos SUS	Quantidade absoluta de procedimentos realizados pelo SUS, separados por tipo e apurados mensalmente
	Volume de Procedimentos Não SUS	Quantidade absoluta de procedimentos realizados pelo extra SUS, separados por tipo e apurados mensalmente

Fonte: Pesquisa do autor.

Esses indicadores não possuem uma relação de causa e efeito. Todos os gestores afirmaram a ausência de vínculos entre esses relatórios e informações com os objetivos e a razão de ser da Associação Hospital São Pio X. Eles foram criados de acordo com a necessidade do dia a dia.

Outra característica marcante desses indicadores vem do fato de serem, na sua grande maioria, indicadores exigidos pelas contratualizações. Os demais são acompanhados pelos gestores por uma necessidade de informações pontual e por uma cobrança do Conselho Diretor.

De acordo com os estudos de Gurgel (2016), Chiareto (2014), Cunha e Corrêa (2013), Brizola (2010) e Coelho (2008), os indicadores de desempenho estão categorizados e organizados de acordo critérios preestabelecidos, com regras claras de medição e acompanhamento. Tais características estão ausentes na estrutura de indicadores apresentados na Associação Hospital São Pio X.

A última questão a ser avaliada trata da participação dos gestores na elaboração do planejamento estratégico, do sistema de ADO, dos indicadores e suas metas. De maneira unânime, a resposta foi que não há nenhum tipo de integração. Alguns salientaram que a Direção Geral solicita as informações e orçamentos, mas a elaboração e validação do orçamento anual ficam restritas a dois ou três gestores.

### **3.5. Proposta de um Sistema de ADO**

Em detrimento das constatações que evidenciaram a ausência de um sistema de ADO formal na Associação Hospital São Pio X, buscou-se na literatura referências para a construção de uma proposta válida e aplicável nesta entidade.

Ressaltamos que a proposta desenvolvida a seguir é fundamentada para as particularidades de um hospital filantrópico, mas também buscou atender questões específicas da entidade objeto deste estudo. Contudo ela pode ser aplicada em outras entidades similares ao objeto deste estudo.

As referências contemporâneas de ADO, aplicáveis em hospitais filantrópicos são consideravelmente escassas. Na área hospitalar destacamos as pesquisas de Brizola (2010), Cunha (2011), Cunha e Corrêa (2013), Chiareto (2014), Chiareto *et al* (2015) e Gurgel (2016), entretanto somente Cunha e Corrêa (2013) e Cunha (2011) tratam da ADO aplicada em hospitais filantrópicos. Os demais tratam da ADO com maior ênfase nos hospitais escola.

Quando falamos apenas em indicadores hospitalares, outros autores corroboram de forma relevantes para este estudo como Silva *et al.* (2006), Coelho (2008), Souza *et al* (2009), Picchiali (2009), Vignochi (2014) e Ramos *et al* (2015).

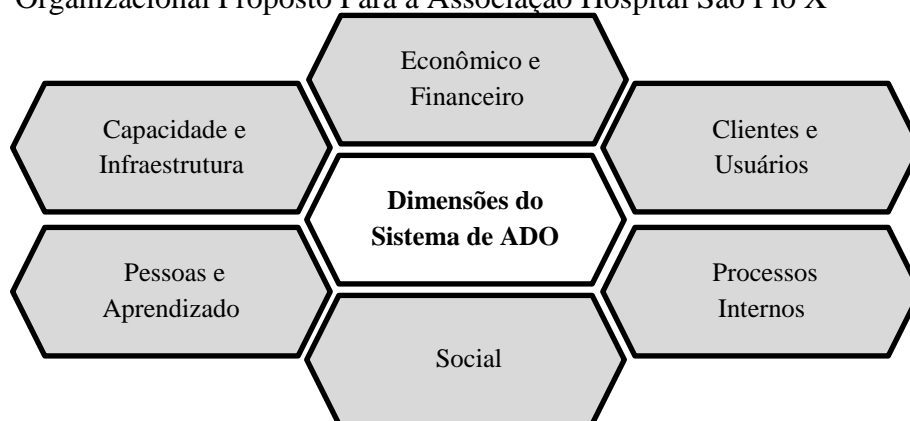
Com o início da estruturação do sistema de ADO para a entidade, um obstáculo já constatado anteriormente precisou ser contornado. A ausência de um planejamento estratégico conduziu o delineamento do sistema de ADO para as diretrizes preconizadas pela declaração de missão, visão e valores da entidade bem como dos objetivos estabelecidos no POA.

A partir daí, é proposto um sistema de ADO para a Associação Hospital São Pio X estruturado em seis dimensões. Essas dimensões foram trabalhadas na pesquisa de Yokomizo (2009) e vem a ser semelhante ao trabalho de Cunha e Corrêa (2013).

Contudo, das oito dimensões tratadas neste estudo, foram selecionadas para este sistema de ADO apenas seis, das quais estão dispostos na Figura 13. Embora muito importantes, o corte das dimensões de indicadores de inovação e indicadores de meio ambiente se dá pois estão

muito distantes do dia a dia da entidade e também não são considerados indicadores vitais para atividade desenvolvida.

Figura 13: Dimensões do Sistema de Avaliação de Desempenho Organizacional Proposto Para a Associação Hospital São Pio X



Fonte: Pesquisa do autor.

A seguir são relacionados os indicadores vinculados a cada dimensão do sistema de ADO proposto para a Associação Hospital São Pio X. Esses indicadores foram selecionados de acordo com a maior recorrência nas referências pesquisadas e aplicabilidade na entidade.

Essa visão é pertinente para a ocasião, pois a entidade não possui planejamento estratégico nem tampouco um modelo de ADO estruturados. Uma proposta muito ampla e complexa pode comprometer sua aplicação e criar rugas e atritos dentro da entidade. Contudo um modelo mais simples será proposto.

A prerrogativa fundamental para a seleção dos indicadores vem em decorrência das características de uma avaliação de desempenho conforme relatado no Capítulo 2 desta obra. Relatamos novamente as características uma avaliação de desempenho e sua relação com o modelo de ADO proposto.

- a) ser congruente com a estratégia competitiva – ora não existir um planejamento estratégico na entidade, foi usado como referencias as declarações de missão visão e valores como metas organizacionais a serem alcançadas.
- b) ter medidas financeiras e não-financeiras – foram selecionados indicadores variados que atendem esse quesito.

- c) direcionar e suportar a melhoria contínua – é determinado que mensalmente os gestores se reúnam para avaliar os resultados e propor soluções para alcance das metas.
- d) identificar tendências e progressos – é determinado que os indicadores sejam expostos em gráficos ou tabelas de modo que seja possível atender a esse quesito.
- e) facilitar o entendimento das relações de causa e efeito; - os indicadores selecionados foram encadeados num fluxo lógico que possibilita visualizar a relação de causa e efeito.
- f) ser facilmente inteligível para os funcionários – é determinado que os gestores disponibilizem os resultados à sua equipe e reúnam para discussão dos resultados e propostas de melhoria.
- g) abranger todo o processo, desde o fornecedor até o cliente – os indicadores selecionados abrangem todas as áreas da entidade e têm relação com os *stakeholders*.
- h) informações disponíveis em tempo real para toda a organização – essa característica é uma dificuldade para a Associação Hospital São Pio X em curto prazo pois não há um sistemas de informações tão hábil.
- i) ser dinâmico – o modelo é flexível para incluir ou excluir indicadores desde que não comprometa a efetividade do instrumento.
- j) influenciar a atitude dos funcionários – instituir quadros de gestão a vista e processos de meritocracia quando o modelo de ADO estiver consolidado.
- k) avaliar o grupo e não o indivíduo – Todos os indicadores selecionados avalia os processos e não as pessoas.

Diante dessas prerrogativas, são apresentados os indicadores, dispostos conforme cada dimensão do sistema de ADO.

### **3.5.1. Indicadores de Desempenho – Dimensão Econômico-Financeiro**

A dimensão Econômica e Financeira visa disponibilizar aos gestores informações relacionadas à aplicação dos recursos e suas origens, a gestão desses recursos, a rentabilidade, endividamento dentre outras características capazes de sinalizar a situação econômica e financeira da entidade. Para esta dimensão foi atribuído oito indicadores com suas respectivas características e referências, conforme pode ser visto no Quadro 11.

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

**Quadro 11: Proposta de Indicadores de Desempenho para Dimensão Econômico-Financeiro**

<b>Indicador de Desempenho</b>	<b>Característica do Indicador</b>	<b>Referência</b>
Ciclo de Caixa	Representa o prazo de duração em dias do capital de giro da entidade. A fórmula é expressa por (Prazo Médio de Recebimento + Prazo Médio de Estocagem - Prazo Médio de Pagamento)	Adaptado de Souza <i>et al.</i> (2009)
Índice da Margem de Contribuição	Proporção de sobra das receitas depois de deduzido os custos variáveis da entidade. A fórmula é expressa por ((Receita Total - Custo e Despesa Variável Total) / Receita Total)	Cunha e Corrêa (2013)
Índice de Liquidez Corrente	Número absoluto que representa a capacidade de liquidação dos passivos. A fórmula é expressa por (Ativo Circulante/Passivo Circulante)	Levitz e Brooke Jr, <i>apud</i> Cunha e Corrêa (2013)
Receita Total	Volume absoluto em R\$ do faturamento, doações, receitas financeiras dentre outras receitas da entidade no período	Gurgel (2016)
Resultado Operacional	Representa o resultado final da operação da entidade sinalizando <i>déficit</i> ou <i>superávit</i> . A fórmula é expressa por (Lucro Líquido / Receita Total)	Cunha e Corrêa (2013), Vignochi <i>et al.</i> (2014) e Chiareto <i>et al.</i> (2015)
Retorno Sobre o Ativo (ROA)	Representa o índice de retorno de capital sobre os ativos da entidade. A fórmula é expressa por (Lucro Líquido / Ativo Total)	Souza <i>et al.</i> (2009)
Tempo Médio para Faturamento	Avalia o prazo entre o faturamento e o encerramento da AIH e/ou procedimento ambulatorial	Cunha e Corrêa (2013)
Taxa de Endividamento	Proporção das dívidas perante o ativo da entidade. A fórmula é expressa por (Passivo Circulante e Passivo Não Circulante / Ativo Total)	Souza <i>et al.</i> (2009)

Fonte: Pesquisa do autor.

### **3.5.2. Indicadores de Desempenho – Dimensão Capacidade e Infraestrutura**

Esta dimensão busca mensurar a capacidade instalada da entidade e seu potencial de atendimento. São oito indicadores cujas informações são subsídios para o cálculo de outros indicadores. No Quadro 12, tais indicadores estão dispostos.

**Quadro 12: Proposta de Indicadores de Desempenho para Dimensão Capacidade e Infraestrutura Técnica**

<b>Indicador de Desempenho</b>	<b>Característica do Indicador</b>	<b>Referências</b>
Capacidade de Atendimento dos Leitos	Avalia a quantidade potencial de paciente a serem internados no período. A fórmula é expressa por (Número de Leitos x (Número de dias do Mês / Média de dias de internação por AIH))	Cunha (2011), Cunha e Corrêa (2013) e Gurgel (2016)

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

Número de Consultórios	Quantidade absoluta de consultórios disponibilizados pela entidade	Cunha e Corrêa (2013) e Gurgel (2016)
Número de Leitos	Quantidade absoluta de leitos disponibilizados pela entidade	Cunha e Corrêa (2013) e Gurgel (2016)
Número de Salas de Cirurgia	Quantidade absoluta de salas de cirurgia disponibilizadas pela entidade	Cunha e Corrêa (2013) e Gurgel (2016)
Quantidade de Colaboradores da Equipe de Enfermagem Por Leito (exceto médicos)	Avalia quantitativamente a equipe de enfermagem, exceto médicos, perante a quantidade de leitos da entidade. A fórmula é expressa por $(\text{Total de Colaboradores da Equipe de Enfermagem} / \text{Total de Leitos})$	Picchiali (2009) e Cunha e Corrêa (2013)
Quantidade de Colaboradores Por Leito (exceto médicos)	Avalia quantitativamente o quadro de colaboradores, exceto médicos perante a quantidade de leitos da entidade. A fórmula é expressa por $(\text{Total de Colaboradores} / \text{Total de Leitos})$	Picchiali (2009)
Quantidade de Enfermeiros por Leito	Avalia quantitativamente o número de enfermeiros perante a quantidade de leitos da entidade. A fórmula é expressa por $(\text{Total de Enfermeiros} / \text{Total de Leitos})$	Picchiali (2009)
Quantidade de Médicos por Leito	Avalia quantitativamente o número de médicos perante a quantidade de leitos da entidade. A fórmula é expressa por $(\text{Total de Médicos do Corpo Clínico} / \text{Total de Leitos})$	Picchiali (2009)

Fonte: Pesquisa do autor.

### 3.5.3. Indicadores de Desempenho – Dimensão Clientes e Usuários

A dimensão clientes e usuários visa o conhecimento acerca da satisfação desses indivíduos quanto aos serviços de saúde prestados. O próprio SUS estabelece alguns critérios a serem seguidos, mas quando se trata de pacientes particulares ou detentores de convênios, o nível de exigência é superior.

Tal condição demanda maior atenção da gestão de um hospital filantrópico uma vez que a dependências dos recursos provenientes do SUS é danoso para a sustentabilidade econômica e financeira da entidade. Consequentemente, a busca por novas fontes de receita se fazem necessárias para mitigar os riscos.

Dessa forma, a atenção voltada para a satisfação dos clientes e usuários deve ser considerada uma variável fundamental para o sucesso dessa relação. Dois indicadores foram propostos para essa dimensão, conforme pode ser visto no Quadro 13.

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

**Quadro 13: Proposta de Indicadores de Desempenho para Dimensão Cliente / Usuários**

<b>Indicador de Desempenho</b>	<b>Característica do Indicador</b>	<b>Referências</b>
Índice de Satisfação dos Usuários	Avalia a satisfação dos usuários quanto aos serviços prestados pela entidade com base numa ficha de avaliação	Cunha e Corrêa (2013) e Chiareto <i>et al.</i> (2015)
Taxa de Respostas à Ouvidoria	Avalia a eficiência das respostas às críticas registradas na ouvidoria da entidade. A fórmula é expressa por (Número de Registros Respondidos / Total de Registros)	Chiareto <i>et al.</i> (2015)

Fonte: Pesquisa do autor.

### **3.5.4. Indicadores de Desempenho – Dimensão Processos e Eficiência Operacional**

Para esta dimensão foram propostos onze indicadores voltados para a mensuração de características operacionais e técnicas de uma entidade hospitalar. O foco desses indicadores é avaliar os processos primordiais que agregam valor para a entidade. Essa dimensão também é relacionada às características do POA.

Tais indicadores podem ser vistos no Quadro 14.

**Quadro 14: Proposta de Indicadores de Desempenho para Dimensão Processos Internos**

<b>Indicador de Desempenho</b>	<b>Característica do Indicador</b>	<b>Referências</b>
Índice de Absenteísmo de Pacientes Agendados	Representa a proporção de pacientes que faltaram ao atendimento agendado. A fórmula é expressa por (Total de Ausências / Total de Pacientes Agendados)	Chiareto <i>et al.</i> (2015)
Índice de Infecção Hospitalar	Avalia a incidência de infecções hospitalares nos pacientes da entidade. A fórmula é expressa por (Número de Infecções / Total de Altas)	Coelho (2008), Chiareto <i>et al.</i> (2015), Cunha e Corrêa (2013)
Índice de Mortalidade	Representa a proporção de mortes perante o total de atendimentos. A fórmula é expressa por (Total de Óbitos / Total de Altas)	Coelho (2008) e Cunha e Corrêa (2013)
Número de Atendimentos de Urgência e Emergência	Quantidade absoluta de atendimentos realizados no período	Coelho (2008) e Gurgel (2016)

**Quadro 14 – Proposta de Indicadores de Desempenho para Dimensão Processos Internos (cont.)**

<b>Indicador de Desempenho</b>	<b>Característica do Indicador</b>	<b>Referências</b>
Número de Internações	Quantidade absoluta de AIH em alta concluída no período	Coelho (2008), Gurgel (2016), Vignochi <i>et al.</i> (2014)
Número de Procedimentos Ambulatoriais	Quantidade absoluta de Procedimentos Ambulatoriais realizados no período	Coelho (2008) e Gurgel (2016)

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

Taxa de Ocupação dos Leitos	Avalia a eficiência na ocupação dos leitos disponíveis. A fórmula é expressa por (Quantidade de AIH em Alta Concluída no Período / Capacidade de Atendimento)	Coelho (2008) , Chiareto <i>et al.</i> (2015), Cunha e Corrêa (2013), Gurgel (2016), Vignochi <i>et al.</i> (2014)
Taxa de Parto Normal	Avalia a proporção de partos normais realizados na entidade. A fórmula é expressa por (Total de Partos Normais / Total de Partos Realizados)	Necessidade específica do HSPX
Tempo de Espera para Internação	Avalia a agilidade para encaminhar um paciente para internação. A fórmula é expressa por (Data e Hora da Saída do Paciente da UPA - Data e Hora do Pedido de Internação)	Cunha e Corrêa (2013)
Tempo Médio de Internação	Avalia o tempo de permanência do paciente ocupando um leito hospitalar. A fórmula é expressa por (Data e Hora da Liberação do Leito - Data e Hora da Ocupação do Leito)	Coelho (2008) , Cunha e Corrêa (2013), Vignochi <i>et al.</i> (2014)
Índice de Atendimento aos Programas de Saúde Pública	Avalia o cumprimento das diretrizes do programa. A fórmula é expressa por (Total de Ações Cumpridas / Total de Ações a Serem Realizadas)	Chiareto <i>et al.</i> (2015)

Fonte: Pesquisa do autor.

### 3.5.5. Indicadores de Desempenho – Dimensão Pessoas e Aprendizado

Seis indicadores foram propostos para avaliar a dimensão pessoas e aprendizado conforme apresentado no Quadro 15. Esta dimensão tem ganhado espaço e relevância nos estudos de ADO pela importância que as pessoas têm para melhoria no desempenho das organizações.

**Quadro 15: Proposta de Indicadores de Desempenho para Dimensão Pessoas e Aprendizado**

Indicador de Desempenho	Característica do Indicador	Referências
Hora / Homem de Treinamento	Avalia o investimento realizado na capacitação dos colaboradores da entidade. A fórmula é expressa por ((Total de Horas de Treinamento x Quantidade de Colaboradores Treinados) / Total de Colaboradores)	Chiareto <i>et al.</i> (2015)
Índice de Absenteísmo	Avalia as faltas ao trabalho dos colaboradores da entidade. A fórmula é expressa por (Total de Horas de Ausência / Total de Horas Mensais)	Chiareto <i>et al.</i> (2015)
Índice de Horas Extras	Avalia a incidência de horas extras na entidade. A fórmula é expressa por (Total de Horas Extras / Total de Horas Trabalhadas)	Necessidade da Associação Hospital São Pio X
Índice de Satisfação dos Colaboradores	Avalia o clima organizacional da entidade.	Chiareto <i>et al.</i> (2015)

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

Quantidade de Estagiários e Residentes	Quantidade absoluta de estagiários e residentes vinculados na entidade	Necessidade da Associação Hospital São Pio X
Turnover	Avalia a rotatividade de colaboradores na entidade. A fórmula é expressa por $((\text{Número de demissões} + \text{Número de admissões}) / 2) / \text{Número Total de Colaboradores}$	Necessidade da Associação Hospital São Pio X

Fonte: Pesquisa do autor.

Assim, esta dimensão não poderia ficar de fora desta proposta de ADO. Seus indicadores estão diretamente relacionados à gestão de pessoas e competências bem como mensura o quadro de estagiários e residentes, uma vez que a entidade tem como objetivo se desenvolver como hospital escola.

### **3.5.6. Indicadores de Desempenho – Dimensão Social**

De acordo com o questionário respondido pelos gestores da entidade, as dimensões que avaliam a inovação, as ações sociais e o meio ambiente foram considerados menos relevantes para um sistema de ADO.

Contudo, foi definido que dentre essas dimensões, apenas a social fará parte desta proposta de ADO devido à natureza filantrópica da entidade objeto deste estudo. Quanto às outras duas dimensões, embora sejam consideradas importantes, por hora, não são vitais nem estão vinculadas diretamente aos objetivos da Associação Hospital São Pio X. Assim foram selecionados dois indicadores para a dimensão social conforme dispostos no Quadro 16.

**Quadro 16: Proposta de Indicadores de Desempenho para Dimensão Social**

<b>Indicador de Desempenho</b>	<b>Característica do Indicador</b>	<b>Referências</b>
Índice de Pacientes Atendidos Pela Assistência Social da Entidade	Avalia a proporção de pacientes atendidos na entidade dos quais necessitaram de amparo da assistência social da entidade. A fórmula é expressa por $(\text{Quantidade de Pacientes Atendidos pela Assistência Social} / \text{Total de Pacientes Atendidos na Entidade})$	Necessidade da Associação Hospital São Pio X
Índice de Resolubilidade das Demandas da Assistência Social da Entidade	Avalia a proporção das demandas da Assistência Social solucionadas. A fórmula é expressa por $(\text{Quantidade de Demandas Solucionadas} / \text{Total da Demanda})$	Necessidade da Associação Hospital São Pio X

Fonte: Pesquisa do autor.

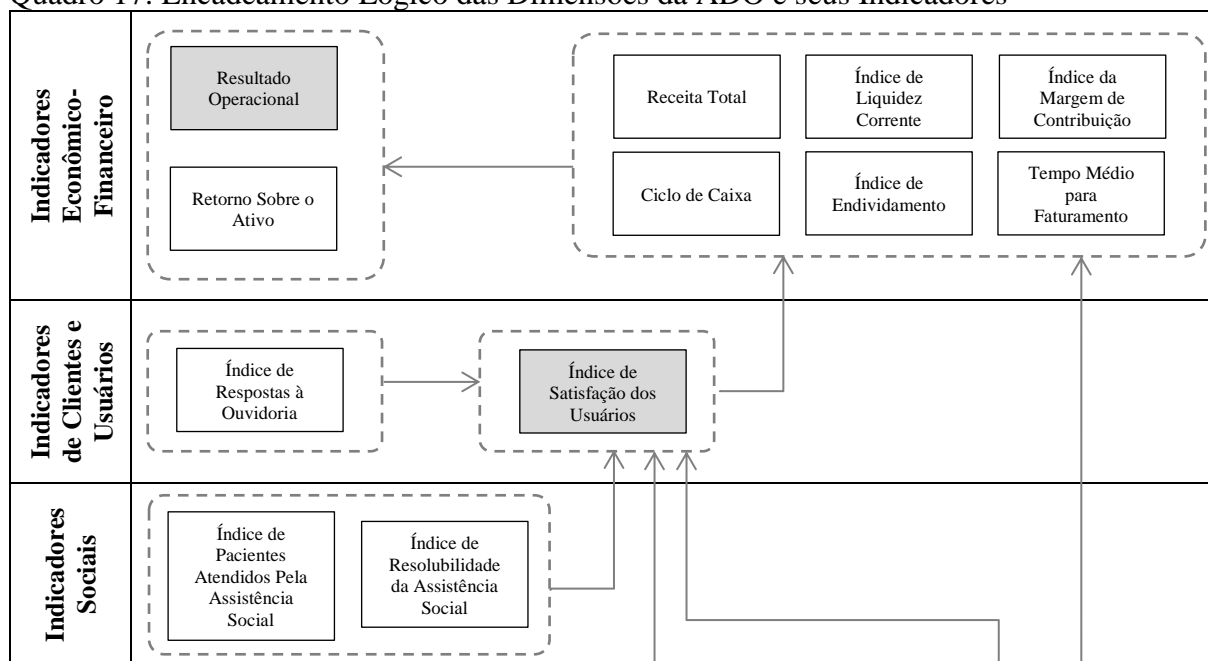
### 3.5.7. Encadeamento e Estratificação dos Indicadores

O encadeamento lógico dos indicadores diz respeito a uma das premissas preconizadas nos sistemas de ADO. Trata-se da relação de causa e efeito que os indicadores devem possuir. No Quadro 17 todos os indicadores propostos foram ordenados conforme sua respectiva dimensão e reunidos em grupamentos menores, conforme características comuns.

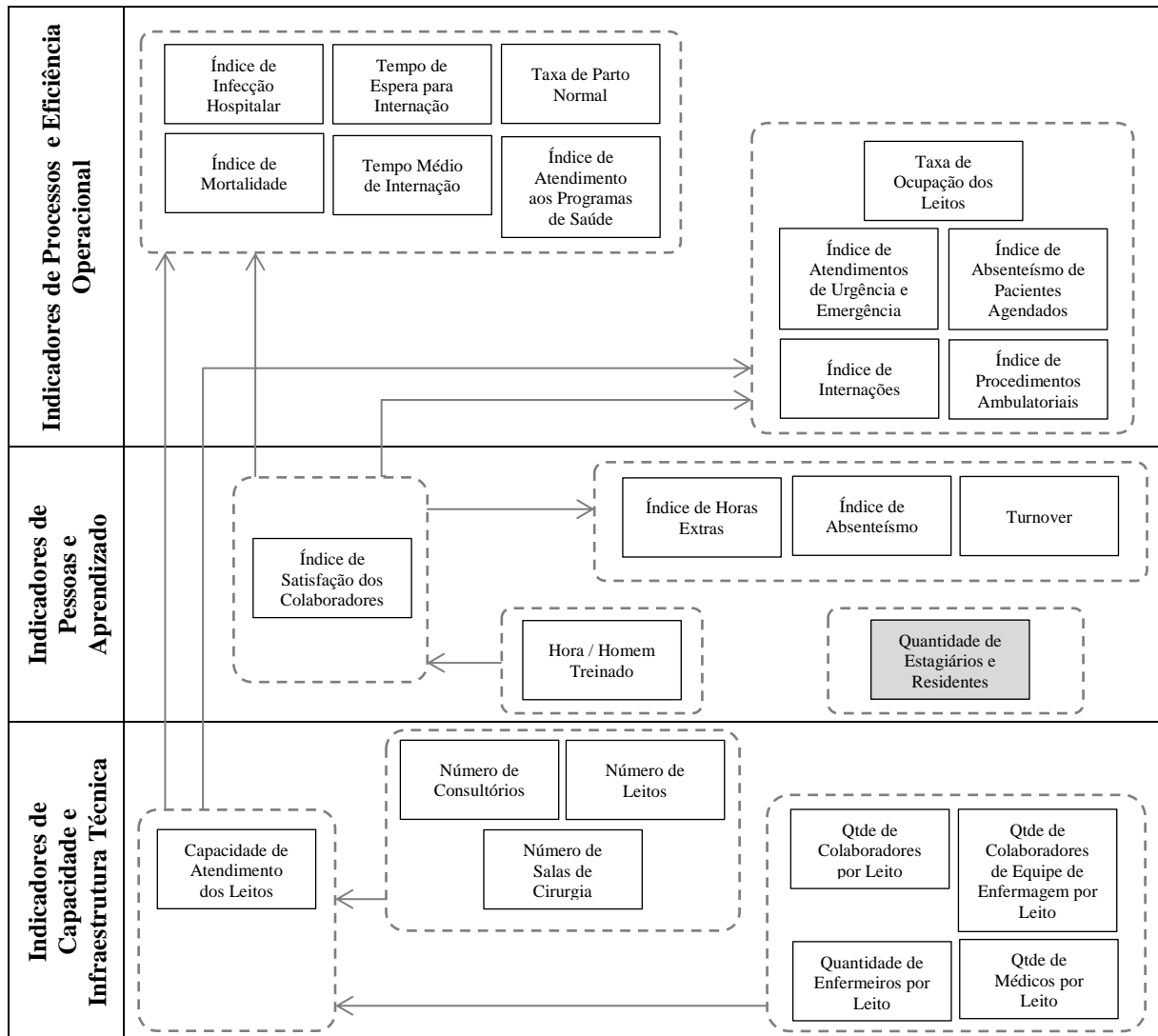
O encadeamento demonstra um fluxo lógico de geração de valor para a Associação Hospital São Pio X, com foco nos seus objetivos, ora definidos na sua declaração de missão. Esses objetivos convergem em três indicadores específicos:

- a) Resultado Operacional – a meta para esse objetivo é manter resultados com *superávit*.
- b) Índice de Satisfação dos Usuários – diretamente atrelado à percepção de qualidade dos serviços de saúde prestados pela entidade. Os desdobramentos desse indicador têm caráter obrigatório por parte das contratualizações e também pela necessidade de diversificar o público alvo para convênios e particulares.
- c) Quantidade de Estagiários e Residentes – uma vez que a missão institucional preconiza avanços em ensino e pesquisa, esse indicador vem atender tal necessidade.

**Quadro 17: Encadeamento Lógico das Dimensões da ADO e seus Indicadores**



**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AValiação de Desempenho Organizacional: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**



Fonte: Pesquisa do autor.

Com o desdobramento desses objetivos, a gestão da entidade terá a disposição um instrumento moderno, alinhado às melhores práticas de ADO. Contudo contribuirá para um processo de gestão profissionalizado e um processo decisório fundamentado em fatos e dados sólidos e confiáveis.

As ligações entre os grupos de indicadores e as dimensões dão a visão clara de onde ocorrem os problemas e suas respectivas causa raiz. Isso torna as intervenções mais rápidas e assertivas.

Para uma análise precisa e congruente, Falconi (2013) ressalta a importância de desdobrar as metas em todos os níveis hierárquicos da entidade. Assim para cada indicador é proposto, de maneira complementar ao sistema de ADO, uma análise estratificada com objetivo de alcançar as

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AValiação de Desempenho Organizacional: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

particularidades que o indicador por se só não alcança. Isso intensifica a relação de causa e efeito e aumenta a efetividade do instrumento. Essa estratificação pode ocorrer conforme proposto no Quadro 18.

É especialmente por essas estratificações que a proposta de ADO aqui desenvolvida alcança às particularidades de um hospital filantrópico, uma vez que os indicadores são semelhantes às demais entidades hospitalares. Ao estratificar, as particularidades tornam-se mais evidentes e aumenta a eficiência do instrumento.

Os indicadores podem ser analisados naturalmente sem o emprego de nenhuma estratificação, ou por uma única forma de estratificação ou ainda por mais de uma forma simultaneamente. Por exemplo, no indicador Receita Total pode ser analisado somente a receita do HSPX e somente as receitas Particulares. Perceba que foi utilizado dois critérios de estratificação distintos, o primeiro foi Por Unidade de Saúde e o segundo foi Por Tipo de Cliente / Usuário.

**Quadro 18: Tipos de Estratificação Propostos para os Indicadores**

<b>Critério de Estratificação</b>	<b>Estratificação</b>
Por Unidades de Saúde	Associação Hospital São Pio X
	HSPX
	UPA
	CCDI
	Casa de Fitoterapia
Por Unidade Organizacional	Diretoria
	Gerência Administrativa
	Gerência de RH
	Gerência do HSPX
	Gerência da UPA
	Gerência do CCDI
	Gerência da Casa de Fitoterapia
Por Tipo de Cliente / Usuário	SUS
	Particular
	Convênio com Plano de Saúde
	Convênio Corporativo
	Doação
Por Especialidade Médica	Clínica Médica
	Clínica Pediátrica
	Clínica Cirúrgica

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AValiação de Desempenho Organizacional: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

	Clínica Obstétrica
	Urgência e Emergência
Por Tipo de Procedimento Ambulatorial	Exames Laboratoriais
	Exames de Imagem
	Consultas Especializadas
	Outros Procedimentos
Por Grau de Risco	Sala Vermelha
	Sala Amarela
	Sala Verde
	Sala Azul

Fonte: Pesquisa do autor.

A análise dos indicadores também pode ser feita agregada à estatística descritiva. Assim pode-se analisar as médias, modas, medianas e desvio-padrão dos resultados, não somente no decorrer do tempo, mas entre os meandros do indicador. Métodos de análise mais avançados também podem ser explorados, uma vez que a entidade passa a ter parâmetros formalizados e informações mais seguras.

## CONCLUSÃO

A ADO tem se mostrado uma ferramenta valiosa para a sustentação da gestão empresarial. Para a rede de hospitais filantrópicos isso não é diferente. Essas entidades são consideradas importantes parceiras do Estado, no processo de descentralização dos serviços de saúde pública por meio de atendimentos a pacientes usuários do SUS. Entretanto, questionamentos acerca da qualidade dos serviços e da gestão dessas entidades são recorrentes.

Há poucos estudos sobre ADO voltados para os hospitais filantrópicos, contudo foi neste cenário que esta pesquisa foi desenvolvida. O objetivo é contribuir para o fortalecimento da gestão dessas entidades por meio de uma proposta de ADO que atenda às suas particularidades.

Para tanto foi realizado um estudo de caso único para identificar os indicadores chaves. Os objetivos específicos foram: revisar na literatura o assunto ADO; caracterizar a entidade objeto deste estudo; diagnosticar o sistema de ADO e indicadores utilizados na entidade e propor um modelo de ADO.

Quanto à revisão da literatura sobre os sistemas de ADO constatamos que o assunto ganhou evidência a partir da década de 30. Daí em diante, muitos modelos foram desenvolvidos por vários autores e aplicados em entidades empresariais de diversos segmentos. O mais conhecido é o *Balanced Scorecard*, muito embora ele não seja necessariamente um modelo de ADO. Ele foi desenvolvido como ferramenta de planejamento estratégico, entretanto suas características convergem com a ADO.

A aplicação da ADO na gestão hospitalar decorre especialmente de modelos científicos e industriais. O próprio *Balanced Scorecard* é um dos modelos mais utilizados segundo a literatura. Diante disso *percebe-se que as entidades prestadoras de serviços de saúde carecem de um modelo de ADO particular às suas necessidade*. Ao afunilar nesse segmento, foi constatado que no nicho de hospitais filantrópicos essa carência é muito maior. Existem poucos estudos e modelos de ADO voltado a eles.

Quanto às características da entidade objeto desse estudo, foi possível levantar informações quanto à infraestrutura, capacidade operacional e as finanças. A característica mais marcante dessa análise recai sobre a baixa taxa de ocupação dos leitos. Em geral a entidade tem operado há anos com uma capacidade ociosa próxima de 70%.

O dimensionamento de pessoas, inclusive médicos, também foi destaque uma vez que a quantidade de profissionais por leito da entidade é inferior às referências. Tal condição foi justificada pela baixa taxa de ocupação dos leitos, contudo houve um enxugamento do quadro de pessoal. Outra questão relacionada à equipe diz respeito à qualificação e postura profissional de alguns funcionários, sendo questionado pelos gestores.

Hospitais como o objeto desse estudo têm como critério para serem reconhecidas como entidade filantrópica, a oferta de 60% dos leitos para o SUS. No HSPX são disponibilizados 82,2% dos leitos. A ociosidade mencionada anteriormente recai sobre esses leitos. Os outros 17,8% são destinados a atendimentos particulares ou conveniados. Aqui a ociosidade é próxima de 100%. Contudo, *é constatada uma significativa dependência do SUS para a sustentação da entidade*.

A origem dos recursos que financiam a entidade são provenientes das contratualizações, em sua maior parte; de convênios com planos de saúde; atendimentos particulares; parcerias com escolas e universidades; venda de medicamentos fitoterápicos e docções.

Nessas condições, os resultados sugerem que *a gestão da Associação Hospital São Pio X tem enfrentado dificuldades para mantê-la*. A falta de recursos associada á gestão ineficiente e qualificação da mão-de-obra recaem como evidências.

A maioria dos gestores estão vinculados na entidade a mais de cinco anos, têm idade acima de 45 anos e todos possuem curso superior completo, alguns com especialização.

Quanto ao diagnóstico interno para avaliar o sistema de ADO vigente na entidade, buscou-se analisar os documentos e o julgamento que os gestores da Associação Hospital São Pio X fizeram sobre o sistema de ADO adotado na entidade. *Foi constatada a inexistência de um sistema de ADO estruturado na entidade*. Até os gestores admitem não ter conhecimento sobre o instrumento. As evidências dessa constatação são:

- a) Ausência de planejamento estratégico.
- b) Não há indicadores formais conforme as referências preconizam.
- c) Os indicadores informais não possuem lastro com os objetivos estratégicos.
- d) As metas financeiras são provenientes de um orçamento deficitário.
- e) As metas operacionais são definidas pelo ente contratante (Secretaria Municipal de Saúde).
- f) Não há o acompanhamento sistematizado dos indicadores informais.
- g) A equipe não é envolvida de maneira sistematizada na avaliação dos resultados.
- h) Não existe relação de causalidade entre os indicadores informais.

As maiores dificuldade estão associadas ao desconhecimento do instrumento por parte dos gestores e também pela ausência de um sistema informatizado eficiente. Nessas condições, *a maneira como os resultados são avaliados atualmente são imprecisos e ineficientes*.

Embora não exista um sistema de ADO na Associação Hospital São Pio X, foi constatado que *os gestores têm o desejo de implementar o instrumento por considerar a importância de*

acompanhar o desempenho da entidade, de envolver a equipe nesse processo e profissionalizar a gestão.

Quanto ao desenvolvimento de uma proposta de ADO para a Associação Hospital São Pio X, consubstanciado pela literatura e pelo resultado da pesquisa, *foi proposto um modelo de ADO*. Seus indicadores foram selecionados conforme sua relevância nos estudos de ADO em entidades hospitalares em geral e entidades hospitalares de natureza filantrópica. Também foram consideradas as particularidades da Associação Hospital São Pio X.

O modelo aqui proposto vai além das perspectivas do *Balanced Scorecard*. Contudo, *este modelo de ADO foi estruturado em seis dimensões e conta com 37 indicadores, agrupados e conectados num encadeamento lógicos*. Todas as prerrogativas de sucesso de uma ADO citadas nas referências foram acatadas neste modelo.

Em suma, esta pesquisa tem a intensão de mostrar uma entidade hospitalar filantrópica carente de um sistema de ADO estruturado e com dificuldade para ser gerenciado, especialmente pelo fato dos recursos serem insuficientes. Essa condição associada à falta de informações e de infraestrutura compromete o processo de administração da entidade e torna o trabalho dos gestores e suas equipes um desafio difícil de obter êxito. Tal cenário reforça os questionamentos da sociedade quanto à qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos brasileiros.

Diante do exposto, a questão fundamental dessa pesquisa foi respondida uma vez que *foi possível identificar os indicadores chaves para um modelo de ADO que alcance às particularidades de um hospital filantrópico*.

A limitação dessa pesquisa recai sobre a impossibilidade de generalizar os resultados elucidados para outras entidades com mesmo perfil, pois se trata de um estudo de caso único. Maior impacto teria caso o estudo fosse feito com uma quantidade maior de entidades. Assim os resultados alcançariam maior abrangência e robustez para ser replicado com mais eficiência.

Outra limitação relevante diz respeito ao instrumento em si. A utilização de um sistema de ADO contribui significativamente para a gestão de qualquer entidade, entretanto ele por si só não gera resultados de maneira isolada. Trata-se de um instrumento suplementar para ser incorporado no sistema de gestão geral das entidades.

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

Esta pesquisa tem a intenção de contribuir com a evolução da ADO para hospitais filantrópicos, mas não se trata de uma proposta definitiva. Portanto, como recomendação para estudos futuros, sugere-se que essa pesquisa e o modelo de ADO nela desenvolvida sejam replicados em outros hospitais filantrópicos e que seus resultados sejam comparados às de outras entidades. Dessa forma o modelo será apurado e se tornará mais eficiente.

## **BIBLIOGRAFIA**

ACKOFF, R.L. (1975) **Planejamento empresarial**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos.

ALYRIO, R. D. (2009). **Métodos e Técnicas de Pesquisa em Administração**. Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ.

ARASHIRO, L. A. (2004). **Gestão de Custo Hospitalar. Estudo de casos do município de São Paulo**. São Paulo: Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/2356/42986.pdf> . Acessado em: 20/10/2017.

BARBOSA, D. M. S. *et al.* (2015). **Limitações da Avaliação de Desempenho de Hospitais: Uma Crítica à Utilização de Indicadores Financeiros e Operacionais**. Terezina: Revista FSA, v. 12, art. 2, p. 24-28, mai/jun. 2015. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/276127308\\_Limitacoes\\_Da\\_Avaliacao\\_De\\_Desempenho\\_De\\_Hospitais\\_Uma\\_Critica\\_A\\_Utilizacao\\_De\\_Indicadores\\_Financeiros\\_E\\_Operacionais](https://www.researchgate.net/publication/276127308_Limitacoes_Da_Avaliacao_De_Desempenho_De_Hospitais_Uma_Critica_A_Utilizacao_De_Indicadores_Financeiros_E_Operacionais) . Acessado em: 13/09/2017.

BARNEY, J. B., HESTERLY, W. S. (2011). **Administração Estratégica e Vantagem Competitiva**. 3.ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall.

BEGHIN, N. A. (2005). **A Filantropia Empresarial: nem caridade, nem direito**. São Paulo: Cortez.

BONACIM, C. A. G., ARAUJO, A. M. P. (2009). **Valor Econômico Agregado por Hospitais Universitários Públicos. São Paulo**: Revista de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas. Disponível em: <http://www.fgv.br/rae/artigos/revista-rae-vol-49-num-4-ano-2009-nid-45338/> . Acessado em: 14/09/2017.

BONATO, V. L. (2011). **Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente**. São Paulo: O Mundo da Saúde, v. 35, n. 5, p. 319-331. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao\\_qualidade\\_saude\\_melhorando\\_assistencia\\_cliente.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf) . Acessado em 07/11/2017.

BRIZOLA, J. B. (2010). **Gestão Hospitalar: análise de desempenho de um hospital universitário e de ensino antes e após a contratualização com o sistema único de saúde**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/110.pdf> . Acessado em: 10/10/2017.

BUCHELE, R. B. (1971). **Políticas Administrativas para Empresas em Crescimento** (Manual para Avaliação). São Paulo: Atlas.

BUTLER, A., LETZA S. R., NEALE, B. (1997). *Linking the Balanced Scorecard to Strategy*. *Long Range Planning*. v. 3, n. 2, p 242-253.

CAMPOS, N. S. (2017). **Análise da Indústria Brasileira de Navegação de Cabotagem Sob a Ótica das Teorias de Michael Porter**. Brasília: Universidade de Brasília - Faculdade de Tecnologia - Departamento de Engenharia Civil e Ambiental. Tese de Doutorado. Disponível em: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/24045/1/2017\\_NilodeSouzaCampos.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/24045/1/2017_NilodeSouzaCampos.pdf) . Acessado em: 06/11/2017.

CAMPOS, V. F. (2013). **Gerenciamento pelas Diretrizes (Hoshin Kanri): o que todo membro da alta administração precisa saber para entrar no terceiro milênio**. 5ª ed. Nova Lima: Falconi Editora.

CAPPONI, N. F. (2015). **Sistemas de Custos em Organizações Hospitalares: estudo de caso no município de Cascavel/PR**. Curitiba: Escola de Negócios da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://www.biblioteca.pucpr.br/pergamum/biblioteca/img.php?arquivo=/00005a/00005a82.pdf> Acessado em: 06/11/2017.

CERVO, A. L., BERVIAN, P. A. (1996). **Metodologia Científica**. São Paulo: Makron Books

CHIARETO, J. (2014). **Avaliação de Desempenho Organizacional – Um Estudo em Um Hospital Universitário Público**. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo (FEA USP). Dissertação de Mestrado. Disponível em: [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde05012015.../JoiceChiareto\\_VC.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde05012015.../JoiceChiareto_VC.pdf). Acessado em 27/10/2017.

CHIARETO, J. *et al.* (2015). **Avaliação de Desempenho Organizacional: Um estudo em um hospital universitário público**. XVIII SemeAd, nov. 2015. Disponível em: <http://sistema.semead.com.br/18semead/resultado/trabalhosPDF/713.pdf> . Acessado em: 13/09/2017.

CHIAVENATO, I. (2004). **Introdução à Teoria Geral da Administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier.

COELHO, C. D. (2008). **A Gestão em Saúde e as Ferramentas Gerenciais: A Experiência com o Sisplan do Instituto Nacional de Câncer**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Celso\\_Dias\\_Coelho.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Celso_Dias_Coelho.pdf) . Acessado em: 14/09/2017.

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. (2013). **Guia de Implantação do Portal Transparência. Brasília:** Controladoria Geral da União, Secretaria de Prevenção da Corrupção e Informações Estratégicas. Disponível em: [http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/transparencia-publica/brasil-transparente/arquivos/guia\\_portaltransparencia.pdf](http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/transparencia-publica/brasil-transparente/arquivos/guia_portaltransparencia.pdf) . Acessado em: 13/12/2017.

CORAL, E. (2002). **Modelo de Planejamento Estratégico para a Sustentabilidade Empresarial.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Tese de Doutorado. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/82705/189235.pdf?sequence> . Acessado em: 06/11/2017.

CORRÊA, H. L. (1986). **O Estado da Arte da Avaliação de Empresas Estatais.** São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo. Tese de Doutorado.

CORRÊA, H. L. (2012). **Modelo de Avaliação de Desempenho Organizacional MADE-O:** como conhecer o verdadeiro desempenho de uma organização. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4137033/mod\\_resource/content/1/Aula%2013%20-%2031out%2017%20-%20Apostilas-Base%20-%20MADEO%20PARTE%20I.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4137033/mod_resource/content/1/Aula%2013%20-%2031out%2017%20-%20Apostilas-Base%20-%20MADEO%20PARTE%20I.pdf) Acessado em 13/09/2017.

CUNHA, J. A. C. (2011). **Avaliação de Desempenho e Eficiência em Organizações de Saúde:** um estudo em hospitais filantrópicos. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo. Tese de Doutorado. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-01092011-190122/pt-br.php> . Acessado em: 13/09/2017.

CUNHA, J. M. C. (2008). **Crítérios Predominantes na Avaliação de Resultados de Fundações e Associações Sem Fins Lucrativos (Fasfil) de Florianópolis na Perspectiva dos Financiadores Estrangeiros.** Florianópolis: Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/90926/252687.pdf?sequence=1> . Acessado em: 07/11/2017.

CUNHA, L. A. C., CORRÊA, H. L. (2013). **Avaliação de Desempenho Organizacional:** um estudo aplicado em hospitais filantrópicos. São Paulo: Revista de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, v. 53, n. 5, p. 485-499. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=155128126006> . Acessado em: 13/09/2017.

D'INNOCENZO, M. *et al.* (2006). **O Movimento pela Qualidade nos Serviços de Saúde e Enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 59, n. 1, p 84-88. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/2888/S0034-71672006000100016.pdf?sequence=1&isAllowed=y> . Acessado em: 07/11/2017.

DAFT, R. L., MARCIC, D. (2004). *Understanding Management*. Versailles: Thomson South Western.

Decreto nº 4.327 de 08/08/2002. **Dispõe Sobre a Concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social - CEAS para Instituições de Saúde**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/d4327.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4327.htm) . Acessado em: 12/09/2017.

DEMING, E. W. (1990). **Qualidade: a revolução da administração**. Rio de Janeiro: Saraiva.

DINIZ, C. R., SILVA, I. B. (2008). **Metodologia Científica**: tipo de métodos e suas aplicações. Campina Grande / Natal: Universidade Estadual da Paraíba / Universidade Federal do Rio Grande Do Norte. Disponível em: [http://www.ead.uepb.edu.br/ava/arquivos/cursos/geografia/metodologia\\_cientifica/Met\\_Cie\\_A04\\_M\\_WEB\\_310708.pdf](http://www.ead.uepb.edu.br/ava/arquivos/cursos/geografia/metodologia_cientifica/Met_Cie_A04_M_WEB_310708.pdf) . Acessado em 06/11/2017.

DITTADI, J. R. *et al.* (2013). **O papel do Balanced Scorecard na Gestão Hospitalar: um estudo em uma rede de hospitais filantrópicos**. Uberlândia: XX Congresso Brasileiro de Custos. Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/viewFile/55/55> . Acessado em: 13/09/2017.

DONABEDIAN, A. (1990). *The Seven Pillars of Quality*. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*. v. 114, n. 11, p. 1115-1118, November.

DORNELAS, J. C. A. (2005). **Empreendedorismo**: transformando ideias em negócios. Rio de Janeiro: Campus.

DRUCKER, P. F. (1954). *The Practice of Management*. New Yorque: Harper & Brothers Publishers.

EDVINSSON, L., MALONE, M. S. (1998). **Capital Intelectual**. São Paulo: Makron Books.

ENDEAVOR. (2015). **5 Indicadores de Desempenho para Medir seu Sucesso**. São Paulo: Endeavor Brasil. Disponível em: <https://endeavor.org.br/indicadores-de-desempenho/> . Acessado em 30/10/2017.

ENDEAVOR. (2015). **Mil Cabeças Pensam Melhor Que Uma**: saiba tudo sobre *crowdsourcing*. São Paulo: Endeavor Brasil. Disponível em: <https://endeavor.org.br/crowdsourcing/> . Acessado em 06/12/2017.

ERNEST YOUNG, (2014). **Key Performance Indicators: winning tips and common. Performance**, v. 6, n. 2, p. 36-43, may 2014. Disponível em: <https://www.eycom.ch/en/Publications/20140602-Performance-Journal-Volume-6-Issue-2/download> . Acessado em: 06/11/2017.

FASCINA, L. P. (2009). **Filantropia como Estratégia em Cinco Organizações Hospitalares Privadas no Município de São Paulo**. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. Tese de Doutorado. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4561/71050100645.pdf> . Acessado em: 02/10/2017.

FELDMAN, L. B. *et al.* (2005). **História da Evolução da Qualidade Hospitalar**: dos padrões à acreditação. São Paulo: Acta Paul Enferm, v. 18, n. 2, p. 213-219. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/03/Feldman-2005.pdf> . Acessado em: 13/09/2017.

FERRAREZI, E. (1997). **Estado e Setor Público Não Estatal**: perspectivas para a gestão de novas políticas sociais. Caracas: Clad

FERREIRA, A. B. H. (2004). **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 3ª ed. Curitiba: Positivo.

FISCHMANN, A. A., ZILBER, M. A. (2014). **Utilização de Indicadores de Desempenho como Instrumento de Suporte à Gestão Estratégica**. São Paulo: Anpad. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad1999-ae-11.pdf> . Acessado em: 06/11/2017.

FREEMAN, R. E. *et al.* (2010). **Stakeholders Teory: the state of the art**. New York: Cambridge University Press.

GHEMAWAT, P. (2000). **A Estratégia e o Cenário dos Negócios**. Porto Alegre: Bookman.

GIL, A. C. (2009). **Estudo de Caso**. São Paulo: Atlas.

GLADWELL, M. (2008). **Fora de Série: outliers**. Rio de Janeiro: Sextante.

GOHN, M. G. (1997). **Os Sem-Terra, ONGs e Cidadania**. São Paulo: Cortez.

GURGEL, J. L. M. (2016). **Análise de Desempenho: um estudo aplicado em um hospital universitário do RN conveniado à EBSERH**. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Dissertação de Mestrado. Disponível em: [https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/23785/1/JuliaLorenaMarquesGurgel\\_DISSERT.pdf](https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/23785/1/JuliaLorenaMarquesGurgel_DISSERT.pdf) . Acessado em: 13/09/2017.

HAMEL, G.; PRAHALAD, C. K. (1995). **Competindo pelo Futuro**: estratégias inovadoras para obter o controle do seu setor e criar os mercados de amanhã. 10ª ed. Rio de Janeiro: Campus.

HARRINGTON, H. J. (1993). **Aperfeiçoando Processos Empresariais**. São Paulo: Makron Books.

HECKERT, C. R. (2008). **Redes no Terceiro Setor**: condições favoráveis à transferência de conhecimento. São Paulo: Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. Tese de Doutorado. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/3/3136/tde-09022009-142258/pt-br.php> . Acessado em: 06/11/2017.

HOUREAUX JR, F. (2005). **Avaliação de Desempenho Organizacional: Estudo de Casos de Empresas do Setor Químico**. São Paulo: Faculdade de Administração, Economia e Contabilidade da Universidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-30012006-090344/pt-br.php> . Acessado em: 13/09/2017.

HOUREAUX JR., F. (2005). **Avaliação de Desempenho Organizacional**: estudo de casos de empresas do setor químico. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo (FEA USP). Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-30012006-090344/pt-br.php> . Acessado em: 20/10/2017.

HUDSON, M. (1999). **Administrando Organizações do Terceiro Setor: o desafio de administrar sem receita**. São Paulo: Macron Books.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. (1991). Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade. **critérios para geração de indicadores da qualidade e produtividade no serviço público**. Brasília: IPEA. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1701/1/td\\_0238.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1701/1/td_0238.pdf) . Acessado em: 20/11/2017.

IRELAND, R. D. *et al.* (2015). **Administração Estratégica**. São Paulo: Cengage Learning.

JUNG, G., JACQUES, J. E. (2006). **Análise do Desempenho Hospitalar**: uma abordagem através do *balanced scorecard* e do pensamento sistêmico. Salvador: 30º Encontro da ANPAD. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/enanpad/2006/dwn/enanpad2006-adid-3019.pdf> . Acessado em: 19/10/2017.

KALLAS, D. (2003). *Balanced Scorecard: Aplicação e Impactos*. Um estudo com jogos de empresas. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Universidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-23082004-132438/pt-br.php>. Acessado em: 07/11/2017.

KAPLAN, R. S., NORTON, D. P. (1992). *The Balanced Scorecard: measures that drive performance*. *Harvard Business Review*. Boston, v. 70, n. 1, p. 71-79, January-February. Disponível em: <https://umei007-fall10.wikispaces.com/file/view/Kaplan%26Nortonbalanced+scorecard.pdf>. Acessado em 02/11/2017.

KAPLAN, R. S., NORTON, D. P. (1997). *A Estratégia em Ação: balanced scorecard*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Campus.

KAPLAN, R. S., NORTON, D. P. (2000). *Organização Voltada para Estratégia*. Rio de Janeiro: Campus.

KIM, W. C. (2005). *A Estratégia do Oceano Azul: como criar novos mercados e tornar a concorrência irrelevante*. Rio de Janeiro: Elsevir.

KPMG LLP. (2001). *Achieving Measurable Performance Improvement in a Changing World: the search for new insights*. USA: White Paper.

LA FORGIA, G. M., COUTTOLENC, B. F. (2009). *Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. São Paulo: Singular.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5ª ed. São Paulo: Atlas. Disponível em: [https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy\\_of\\_historia-i/historia-ii/china-e-india](https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india). Acessado em: 06/11/2017

LANDIN, L. (1993). *Para Além do Mercado e do Estado? filantropia e cidadania no Brasil*. Rio de Janeiro: Iser

LANDIN, L., BERES, N. (1999). *Ocupações Despesas e Recursos: as organizações sem fins lucrativos no Brasil*. Rio de Janeiro: Nau.

Lei nº 8.080 de 19/09/1990. **Dispõe Sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e Dá Outras Providências**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acessado em: 12/10/2017.

Lei nº 8742, de 7/12/1993. **LOAS (Lei Orgânica de Assistência Social)**. Dispõe Sobre a Organização da Assistência Social e Dá Outras Providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm). Acessado em: 12/10/2017.

- LIMA, M. (2004). **Monografia: a engenharia da produção acadêmica**. São Paulo: Saraiva.
- LODI, J. B. (1974). **A Entrevista: teoria e prática**. 2ª ed. São Paulo: Pioneira
- LODI, J. B. (1976). **Administração por Objetivos: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira
- LUGOBONI, L. F. (2010). **Modelos de Avaliação de Desempenho Organizacional em Instituições de Ensino Superior na Grande São Paulo**. São Caetano do Sul: Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://repositorio.uscs.edu.br/bitstream/123456789/173/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Completa%20-%20Leonardo%20Fabris%20Lugoboni.pdf> . Acessado em: 13/09/2017.
- MAKIYAMA, M.N. (2002). **Análise da Captação de Recursos em Hospitais Filantrópicos do Município de São Paulo**. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4784/1200200884.pdf?sequence=1> . Acessado em 21/09/2017.
- MAQUIAVEL, N. (1515). **O Príncipe**. eBooksBrasil. Disponível em: <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/principe.pdf> . Acessado em: 28/11/2017.
- MARANHÃO, M., MACIEIR, M. E. B. (2014). **Os Indicadores Nossos De Cada Dia: Avaliação Quantitativa Do Desempenho Organizacional**. São Paulo: Editora Baraúna.
- MARTINS, R. A. (1999). **Sistemas de Medição de Desempenho: um modelo para estruturação de uso**. São Paulo: Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. Tese de Doutorado. Disponível em: [http://www.dep.ufscar.br/admin/upload/ARTIGO\\_1150068086.PDF](http://www.dep.ufscar.br/admin/upload/ARTIGO_1150068086.PDF) . Acessado em 15/09/2017.
- MAXIMIANO, A. C. A. (2004). **Teoria Geral da Administração**. São Paulo: Atlas.
- McKINSEY, (2016). **À Frente da Curva: o futuro de gestão de desempenho**. McKinsey Quarterly. Disponível em: <https://www.mckinsey.com/business-functions/organization/our-insights/ahead-of-the-curve-the-future-of-performance-management/pt-br> . Acessado em: 29/11/2017.
- MERCHANT, K. A. (2006). *Measuring General Managers Performances: Market, accounting and combination-of-measures systems. Accounting, Auditing & Accountability Journal*, v. 19, n. 6, p. 893-917, November-December. Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/09513570610709917> . Acessado em 09/11/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, (1944). **História e Evolução dos Hospitais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Saúde, Divisão de Organização Hospitalar. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_08.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf) . Acessado em: 06/11/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, (2001). **Rede Hospitalar Filantrópica do Brasil**: perfil histórico-institucional e oferta de serviços. Belo Horizonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Projeto ReforSUS. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2465.pdf> . Acessado em: 06/11/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, (2010). **Análise do Processo de Contratualização dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/analise\\_contratualizacao\\_hospitais\\_ensino\\_filantropicos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/analise_contratualizacao_hospitais_ensino_filantropicos.pdf) . Acessado em 18/12/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2011), **Caderno Humaniza SUS**: atenção hospitalar. v. 3. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizasus\\_atencao\\_hospitalar.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf) . Acessado em: 06/11/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2015). **PNASS - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass\\_programa\\_nacional\\_avaliacao\\_servicos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf) . Acessado em: 06/11/2017.

MINTZBERG, H; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. (2000). **Safári de Estratégia**: um roteiro pela selva do planejamento estratégico. Porto Alegre. Bookman.

MULLER, C. J. (2003). **Modelo de Gestão Integrando Planejamento Estratégico, Sistemas de Avaliação de Desempenho e Gerenciamento de Processos** (MEIO – Modelo de Estratégia, Indicadores e Operações). Porto Alegre: Escola de Engenharia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tese de Doutorado. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/3463/000401207.pdf?sequence=1> . Acessado em: 06/11/2017.

NASCIMENTO, S. (2011). **Mapeamento dos Indicadores de Desempenho Organizacional em Pesquisas da Área de Administração, Ciências Contábeis e Turismo no Período de 2000 a 2008**. São Paulo: Revista de Administração da Universidade de São Paulo. v. 46, n 4, p. 373-391, Outubro-Dezembro 2011.

NEGRÃO, A. M. M. (2002). **Infância, Educação e Direitos Sociais**: “Asilo de Órfãos”. Campinas: Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas. Tese de Doutorado.

NETTO, F. S. (2007). **Medição de Desempenho Organizacional**: um estudo das vantagens e desvantagens dos principais sistemas sob as óticas teórico-acadêmicas e de práticas de mercado. Rio de Janeiro: XXXI Encontro da ANPAD.

OLIVEIRA, D. P. R. (2010). **Planejamento Estratégico: conceitos, metodologias e práticas**. 27ª ed. São Paulo: Atlas.

OLIVEIRA, J. L. C., MATSUDA, L. M. (2016). **Vantagens e Dificuldades da Acreditação Hospitalar**: a voz dos gestores da qualidade. Escola Anna Nery, v. 20, n. 1, p. 63-69. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0063.pdf> . Acessado em: 07/11/2017.

OLIVEIRA, M. F. (2008). **Balanced Scorecard**: uma análise da produção acadêmica brasileira na área de administração. Lavras: Universidade Federal de Lavras. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp072905.pdf> . Acessado em: 06/11/2017.

OLSON, E. M., SLATER, S. F. (2002). *The Balanced Scorecard, Competitive Strategy and Performance*. *Business Horizons*, Maio-Junho, 45 (3), p. 11-17. Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/aca1/bbb6e2e24f03ae527790f9bef42cf7b1754d.pdf> . Acessado em 15/09/2017.

OSTERWALDER, A.; PIGNEUR, Y. (2010) *Business Model Generation. Handbook for visionaries, game changers, and challengers*. Hoboken, New Jersey: Wiley.

PERDICARIS, P. R. (2012). **Contratualização de Resultados e Desempenho no Setor Público**: a experiência do contrato programa nos hospitais da administração direta no Estado de São Paulo. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de Fundação Getúlio Vargas. Tese de Doutorado. Disponível em: [https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/9390/Tese\\_Priscilla%20Perdicaris\\_Final.pdf](https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/9390/Tese_Priscilla%20Perdicaris_Final.pdf) . Acessado em: 13/09/2017.

PICCHIAI, D. (2009). **Parâmetros e Indicadores de Dimensionamento de Pessoas em Hospitais**. São Paulo: Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas. Pesquisa. Disponível em: [http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/13427/RELATORIO1\\_05\\_11\\_2009%20\\_2\\_.pdf?sequence=1](http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/13427/RELATORIO1_05_11_2009%20_2_.pdf?sequence=1) . Acessado em : 13/09/2017.

Portaria 2.488 de 02/10/2007. **Ministério da Saúde**. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-\[2832-120110-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-[2832-120110-SES-MT].pdf) . Acessado em: 12/10/2017.

PORTER, M. E. (1996). *What is Strategy?* *Harvard Business Review*, v.74, n.6, p.61-78.

PORTER, M. E. (1999) **Competição**: estratégias competitivas essenciais. Rio de Janeiro: Elsevier.

PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. (1989). *Strategic Intent*. *Harvard Business Review*, p.17-30, May/June, 1989.

PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. (1995). **Competindo pelo Futuro**: Rio de Janeiro: Campus.

PROCACCI, G. (1993). *Gounerner la Misère: questions sociale em France – 1789/1848*. Paris: Seuil.

PRODANOV, C. C., FREITAS, E. C. (2013). **Metodologia do Trabalho Científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2ª ed. Novo Hamburgo: Feevale

RAFFA, C. (2017). **Análise das Variáveis do Ambiente Interno para o Gerenciamento de Leitos em Organizações Hospitalares Privadas**. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/18070/Tese%20Claudia%20Raffa%2021%2003.pdf> . Acessado em: 06/11/2017.

RAMOS, M. C. A. *et al.* (2015). **Avaliação de Desempenho de Hospitais que Prestam Atendimento Pelo Sistema Público de Saúde, Brasil**. *Revista de Saúde Pública*, v. 49, n. 43. Disponível em: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rsp/v49/pt\\_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005748.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005748.pdf) . Acessado em: 07/11/2017.

ROJO, C. A. (2006). **Simulação de Cenários e a Estratégia nos Negócios**. *CAP Accounting and Management*, n. 1, v. 1, 2006 anual.

ROTTA, C. S. G. (2004). **Utilização de Indicadores de Desempenho Hospitalar como Instrumento Gerencial**. São Paulo: Universidade de São Paulo. Tese de Doutorado. Disponível em: <http://www.socialiris.org/antigo/imagem/boletim/arg552a964580801.pdf> . Acessado em: 14/09/2017.

SANO, H. (2003). **Nova Gestão Pública e Accountability**: o caso das organizações sociais paulistas. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/os/03.10.15-DISSERTACAO-HIRO.pdf> . Acessado em 21/09/2017.

SANTOS, S. C. (2016). **Metodologia Adotada pela Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo para Avaliação dos Hospitais Administrados por Organização Social de Saúde na Região Metropolitana**. São Paulo: Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas. Dissertação de Mestrado. Disponível em: [http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/16700/DISSERTACAO\\_SELMA\\_revisada\\_2607.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/16700/DISSERTACAO_SELMA_revisada_2607.pdf?sequence=1&isAllowed=y) . Acessado em: 13/09/2017.

- SEBRAE, (2013). **Como Elaborar um Plano de Negócios**. Brasília: Sebrae. Disponível em: [http://www.bibliotecas.sebrae.com.br/chronus/ARQUIVOS\\_CHRONUS/bds/bds.nsf/5f6dba19baaf17a98b4763d4327bfb6c/\\$File/2021.pdf](http://www.bibliotecas.sebrae.com.br/chronus/ARQUIVOS_CHRONUS/bds/bds.nsf/5f6dba19baaf17a98b4763d4327bfb6c/$File/2021.pdf) . Acessado em: 13/10/2017.
- SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS. (2017). **Regionais de Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/regioes-de-saude/> . Acessado em: 15/09/2017.
- SENGE, P. M. (2013). **A Arte e a Prática da Organização Que Aprende**. 29ª ed. São Paulo: Best Seller.
- SERRA, F. R. *et al.* (2014). **Gestão Estratégica: conceitos e casos**. São Paulo: Atlas.
- SIGMA. (2003) *The Sigma Guidelines Toolkit: Sustainability Scorecard*. Disponível em: <http://www.projectsigma.co.uk/Toolkit/SIGMASustainabilityScorecard.pdf> . Acessado em 16/09/2017.
- SILVA, M. D. O. P. *et al.* (2006). **Uma Análise Comparativa dos Indicadores de Desempenho de uma Entidade de Saúde Pública de Caruaru - PE: um aplicativo estratégico do balanced scorecard**. 3º Congresso USP de Iniciação Científica em Contabilidade. Disponível em: [http://www.congress USP.fipecafi.org/anais/artigos\\_32006/557.pdf](http://www.congress USP.fipecafi.org/anais/artigos_32006/557.pdf) . Acessado em: 13/09/2017.
- SILVEIRA, S. K. C. *et al.* (2017). **Abordagens de Avaliação de Ativos Intangíveis: Uma Revisão da Literatura**. Florianópolis: Revista Catarinense da Ciência Contábil, v. 16, n. 47, p. 9-25. Disponível em: <http://revista.crcsc.org.br/index.php/CRCSC/article/view/2258/1906> . Acessado em 16/09/2017.
- SOUSA, C. M. G. (2009). **O Capital Intelectual em Portugal: uma análise exploratória**. Porto: Faculdade de Economia da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56109/2/O%20CAPITAL%20INTELECTUAL%20EM%20PORTUGAL%20%20UMA%20ANLISE%20EXPLORATRIAPOR%20CRISTINA%20SOUSA.pdf> . Acessado em: 09/11/2017.
- SOUZA, A. A. *et al.* (2009). **Gestão Estratégica de Custos em Organizações Hospitalares**. Salvador: XXIX Encontro Nacional de Engenharia de Produção.
- SOUZA, A. A. *et al.* (2009). **Indicadores de Desempenho para Hospitais: Análise a Partir dos Dados Divulgados para o Público em Geral**. São Paulo: 10º Congresso USP de Controladoria e Contabilidade. Disponível em: [http://www.congress USP.fipecafi.org/anais/artigos\\_102010/518.pdf](http://www.congress USP.fipecafi.org/anais/artigos_102010/518.pdf) . Acessado em: 14/10/2017.

TRINIÑOS, A. N. S. (1987). **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas. Disponível em: [http://www.hugoribeiro.com.br/biblioteca-digital/Trivinos-Introducao-Pesquisa-em\\_Ciencias-Sociais.pdf](http://www.hugoribeiro.com.br/biblioteca-digital/Trivinos-Introducao-Pesquisa-em_Ciencias-Sociais.pdf) . Acessado em: 13/11/2017.

TZU, S. (2002). **A arte da Guerra** – Adaptação de James Clavell. 38ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Record.

VENKATRAMAN, N.; RAMANUJAN, V. (1986). *Measurement of Business Performance in Strategic Research: a comparison of approaches*. *Academic Management Review*. V 11. N. 4. P 801-814. Disponível em: [https://www.jstor.org/stable/258398?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/258398?seq=1#page_scan_tab_contents) . Acessado em 15/09/2017

VIANA, A. L. D. (2014). **Descentralização e Política de Saúde**: contexto e alcance da descentralização. São Paulo: Editoria Hucitec.

VIGNOCHI, L. *et al.* (2014). **Como Gestores Hospitalares Utilizam Indicadores de Desempenho?** São Paulo: Revista de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, v. 45, n. 5. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1551/155131802003.pdf> . Acessado em: 10/10/2017

YIN, R. K. (2010). **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman.

YOKOMIZO, C. A. (2009). **Avaliação de Desempenho Organizacional**: um estudo exploratório de empresas brasileiras de desenvolvimento de software. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-16122009-153626/pt-br.php> . Acessado em: 13/09/2017.

## **APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

### **Questionário Parte I - Caracterização do Respondente da Pesquisa**

1.1.Cargo ocupado na entidade?

1.2.Departamento que atua na entidade?

1.3.Sexo?

☐ feminino

☐ masculino

1.4.Idade?

☐ menos de 25 anos

☐ de 25 a 35 anos

☐ de 35 a 45 anos

☐ de 45 a 55 anos

☐ acima de 55 anos

1.5.Tempo de atuação na entidade?

☐ menos de 1 ano

☐ de 1 a 3 anos

☐ de 3 a 5 anos

☐ de 5 a 7 anos

☐ acima de 7 anos

1.6.Grau de escolaridade?

☐ ensino fundamental incompleto

☐ ensino fundamental completo

☐ ensino médio incompleto

☐ ensino médio completo

☐ ensino superior incompleto

☐ ensino superior completo. Qual curso? \_\_\_\_\_

☐ pós graduação (especialização, mestrado ou doutorado)

Cláudio Rodrigo de Pina  
**AValiação de Desempenho Organizacional: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil

**Questionário Parte II – Frequência Atual na Utilização dos Indicadores Conforme Dimensões**

Aqui você irá avaliar a frequência atual na utilização dos indicadores conforme dimensões. São oito perguntas das quais você irá marcar um “x” no quadro correspondente a alternativa que melhor represente sua opinião.

DIMENSÕES		Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
4.1.	Sua entidade faz avaliação de indicadores econômico-financeiros?					
4.2.	Sua entidade faz avaliação de indicadores de processos e eficiência operacional?					
4.3.	Sua entidade faz avaliação de indicadores de clientes ou usuários?					
4.4.	Sua entidade faz avaliação de indicadores de pessoas e aprendizagem?					
4.5.	Sua entidade faz avaliação de indicadores de capacidade e infraestrutura técnica?					
4.6.	Sua entidade faz avaliação de indicadores de inovação?					
4.7.	Sua entidade faz avaliação de indicadores de meio ambiente?					
4.8.	Sua entidade faz avaliação de indicadores sociais?					

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AValiação de Desempenho Organizacional: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

**Questionário Parte III – Frequência Desejada na Utilização dos Indicadores Conforme Dimensões**

Aqui você irá avaliar a frequência desejada na utilização dos indicadores conforme dimensões. São oito perguntas das quais você irá marcar um “x” no quadro correspondente a alternativa que melhor represente sua opinião.

DIMENSÕES		Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
5.1.	Sua entidade faz avaliação de indicadores econômico-financeiros?					
5.2.	Sua entidade faz avaliação de indicadores de processos e eficiência operacional?					
5.3.	Sua entidade faz avaliação de indicadores de clientes ou usuários?					
5.4.	Sua entidade faz avaliação de indicadores de pessoas e aprendizado?					
5.5.	Sua entidade faz avaliação de indicadores de capacidade e infraestrutura técnica?					
5.6.	Sua entidade faz avaliação de indicadores de inovação?					
5.7.	Sua entidade faz avaliação de indicadores de meio ambiente?					
5.8.	Sua entidade faz avaliação de indicadores sociais?					

#### **Entrevista Parte IV – Caracterização da Entidade Pesquisada**

- 2.1. Quais as especialidades médicas da entidade?
- 2.2. Qual o número de funcionários?
- 2.3. Qual o número total de leitos? Como são divididos?
- 2.4. Qual o número de leitos destinados ao SUS? Como são divididos?
- 2.5. Qual o faturamento médio anual da entidade?
- 2.6. Qual a origem dos recursos financeiros da entidade?
- 2.7. Como está estruturado o organograma da entidade?
- 2.8. Qual é a história e as características gerais da sua entidade?

#### **Entrevista Parte V – Questões Gerais Sobre o Sistema de Avaliação de Desempenho Organizacional**

- 3.1. A sua entidade possui um planejamento estratégico formal? Como ele ocorre? É apropriado?
- 3.2. A sua entidade possui um orçamento formal? Como ele ocorre? É apropriado?
- 3.3. A sua entidade possui algum sistema de Avaliação de Desempenho Organizacional formal?  
Se não, qual o meio utilizado pela entidade? É apropriado?
- 3.4. O sistema de Avaliação de Desempenho Organizacional abrange todas as áreas da entidade?  
Se não, quais áreas ele abrange?
- 3.5. O sistema de Avaliação de Desempenho Organizacional considera indicadores financeiros e não financeiros?
- 3.6. Qual a relação existente entre o sistema de Avaliação de Desempenho Organizacional e o Planejamento Estratégico da entidade?
- 3.7. Os resultados das avaliações são utilizados na formulação do Planejamento Estratégico da entidade? Se não, em que a entidade se baseia para realiza-lo?
- 3.8. As áreas e/ou pessoal recebem *feedback* sobre os resultados de suas avaliações? Se sim, como ele é realizado e com que frequência?
- 3.9. A entidade tem o hábito de comparar seus resultados com os de outras entidades? Se sim, como ele ocorre?
- 3.10. Quais os principais benefícios trazidos por um sistema de Avaliação de Desempenho Organizacional na sua entidade?
- 3.11. O sistema de Avaliação de Desempenho Organizacional da entidade pode ser melhorado? Se sim, quais melhorias?
- 3.12. Quais as principais dificuldades que o sistema de Avaliação de Desempenho Organizacional enfrenta na entidade?
- 3.13. Quais são os indicadores de desempenho mais importantes utilizados na sua entidade?
- 3.14. Os indicadores de desempenho possuem metas? Se sim, como elas são definidas?

**Cláudio Rodrigo de Pina**  
**AValiação de Desempenho Organizacional: O Estudo de um Hospital Filantrópico**  
**Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás-Brasil**

- 3.15. Quais os indicadores de desempenho não existentes na entidade que você julga necessário ter?
- 3.16. Os indicadores de desempenho tem algum vínculo entre eles próprios ou com os objetivos gerais da entidade? Se sim, quais os vínculos?
- 3.17. Com que frequência os indicadores de desempenho e suas metas são revisados? Como ela ocorre?
- 3.18. Qual a sua participação na elaboração e revisão do Planejamento Estratégico, no sistema de Avaliação de Desempenho Organizacional, nos indicadores de desempenho e nas metas?