

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE TECNOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE
PRODUÇÃO

PROPOSTA DE SISTEMA DE MENSURAÇÃO DE
DESEMPENHO PARA AUXÍLIO À TOMADA DE DECISÃO DE
GESTORES: ESTUDO DE CASO EM UMA FUNDAÇÃO
PÚBLICA HOSPITALAR DE ENSINO

ADRIANA SIMAS DA SILVA

MANAUS
2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE TECNOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE
PRODUÇÃO

ADRIANA SIMAS DA SILVA

PROPOSTA DE SISTEMA DE MENSURAÇÃO DE
DESEMPENHO PARA AUXÍLIO À TOMADA DE DECISÃO DE
GESTORES: ESTUDO DE CASO EM UMA FUNDAÇÃO
PÚBLICA HOSPITALAR DE ENSINO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal do Amazonas, como parte do requisito para obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção, na área de concentração Estratégia e Organizações.

Orientador: Prof. Dr. André Luiz Nunes Zogahib

MANAUS
2017

ADRIANA SIMAS DA SILVA

PROPOSTA DE SISTEMA DE MENSURAÇÃO DE
DESEMPENHO PARA AUXÍLIO À TOMADA DE DECISÃO DE
GESTORES: ESTUDO DE CASO EM UMA FUNDAÇÃO
PÚBLICA HOSPITALAR DE ENSINO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal do Amazonas, como parte do requisito para obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção, na área de concentração Estratégia e Organizações.

Aprovado em 22 de março de 2017

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. André Luiz Nunes Zogahib, Presidente
Universidade do Estado do Amazonas

Prof^a. Dra. Márcia Ribeiro Maduro, Membro
Universidade do Estado do Amazonas

Prof. Dr. Raimundo Kennedy Vieira, Membro
Universidade Federal do Amazonas

Dedico este trabalho aos meus pais, Francisco Oliveira e Maria Luíza Simas, e à memória de meu avô, Raimundo de Albuquerque Gaia, que sempre me apoiaram e incentivaram, tornando possível a conclusão desta jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ser meu guia e protetor em todos os momentos, dando-me forças para concluir esta jornada.

Aos meus pais, irmãos, namorado e familiares, por sempre me motivarem e apoiarem em todos os momentos e escolhas da minha vida.

Ao Prof. Dr. André Luiz Nunes Zogahib, por me acompanhar em mais uma etapa de minha vida acadêmica e profissional, orientando-me sempre com carinho e atenção.

Ao Prof. PhD. Raimundo Kennedy Vieira, pelos conhecimentos transmitidos em todo o programa de mestrado e pela parceria na publicação de artigos científicos.

À Universidade Federal do Amazonas, por proporcionar a realização do mestrado e os subsídios necessários para o aprendizado.

A todos os professores do programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, que compartilharam seus conhecimentos e experiências.

Ao secretário do curso, Francisco Petrônio Gomes, por prestar informações aos discentes, bem como viabilizar a realização das atividades acadêmicas.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas, por conceder bolsa de pesquisa durante a realização do curso.

Ao Diretor Presidente do Hospital de Ensino onde esta pesquisa foi realizada, Dr. Alexandre Bichara da Cunha, por autorizar a realização do estudo e possibilitar o acesso aos gestores, em prol do alcance dos resultados.

Ao Diretor de Ensino e Pesquisa, Dr. Arteiro Queiroz Menezes, por motivar a realização do estudo no hospital e assessorar-me durante a coleta de dados.

Aos servidores Juliano e Mônica, pelo acolhimento prestado e pela disposição em auxiliar a pesquisa de campo.

À servidora Tarcila, por fornecer os Relatórios de Gestão e estar sempre disponível a sanar as dúvidas sobre a mensuração de desempenho no hospital.

Aos gestores entrevistados, pelo tempo disponibilizado e pelas informações cedidas para a pesquisa.

E a todas as pessoas que colaboraram direta ou indiretamente para que este trabalho pudesse ser concluído.

RESUMO

Ao decorrer dos anos, várias foram as reformas empreendidas por diferentes governos em busca da modernização do setor público e do atendimento eficiente e eficaz às demandas sociais. Dentre essas reestruturações, na década de 90, emergiu a Nova Gestão Pública. Esse modelo visualizou a necessidade e a oportunidade de empregar na Administração Pública metodologias de gestão estratégica. Assim, foram inseridas, no âmbito público, ferramentas já bem-sucedidas na área privada. Uma dessas ferramentas foi o *Balanced Scorecard*, que está fundamentado em quatro perspectivas capazes de alinhar os objetivos à estratégia organizacional e que defende a prática de indicadores de desempenho interligados entre si numa relação de causa e efeito. Partindo desse pressuposto, este trabalho investigou uma Fundação Hospitalar de Ensino, da Administração Indireta do Poder Executivo do Estado do Amazonas, localizada em Manaus. Esta fundação é considerada referência no atendimento ambulatorial e de internação e na prática do ensino e pesquisa. O objetivo geral foi propor um sistema de mensuração de desempenho capaz de auxiliar o processo de tomada de decisão dos gestores. Para isso, foram definidos, igualmente, os seguintes objetivos específicos: Referenciar estudos nas áreas de Gestão Pública, Estratégia, Sistemas de Mensuração de Desempenho Organizacional e Indicadores de Avaliação Hospitalar; Analisar os indicadores de desempenho presentes nos Relatórios de Gestão dos anos 2013, 2014 e 2015; Analisar o perfil profissional dos gestores do hospital; Investigar se as informações presentes nos Relatórios de Gestão da unidade são utilizadas pelos gestores para tomada de decisão; e Compreender quais indicadores de desempenho são considerados relevantes pelos gestores do hospital para o processo de tomada de decisão. Assim, realizou-se uma pesquisa aplicada, com abordagem quali-quantitativa e objetivo descritivo. Além de ser um estudo de caso, outros procedimentos foram adotados, como a pesquisa bibliográfica, a análise documental e o levantamento e pesquisa de campo, com a realização de entrevistas estruturadas com os gestores da organização. Dessa forma, por meio da análise de conteúdo e da estatística descritiva, concebeu-se um rol de indicadores de desempenho voltados à realidade específica da fundação e baseados nas necessidades dos gestores e normativas aplicáveis. Ao término do trabalho, foi ainda apresentado o mapa estratégico que correlaciona os objetivos organizacionais de modo a alcançar a missão estratégica.

Palavras-chave: Administração Pública, Hospital, Objetivos Estratégicos, Indicadores de Desempenho, *Balanced Scorecard*.

ABSTRACT

Over the years, several reforms have been undertaken by different governments in pursuit of public sector modernization and of efficient and effective services to social demands. Among these restructuring, in the 90s, emerged the New Public Management Model. This model visualized the need and the opportunity to employ in the Public Administration methodologies of strategic management. Thus, in the public sphere, were inserted tools already successful in the private sector. One of these tools was the Balanced Scorecard, which is based on four perspectives capable of aligning the objectives with the organizational strategy and that advocates the practice of performance indicators interconnected in a cause and effect relationship. Based on this assumption, this work investigated a Hospital Foundation of Teaching, of the Indirect Administration of the Executive Power of the State of Amazonas, located in Manaus. This foundation is considered a reference in outpatient and inpatient care and in teaching and research practice. The general objective was to propose a performance measurement system capable of assisting the decision-making process of managers. For this, the following specific objectives were also defined: Referencing studies in the areas of Public Management, Strategy, Organizational Performance Measurement Systems and Hospital Evaluation Indicators; Analyze the performance indicators present in the Management Reports for the years 2013, 2014 and 2015; Analyze the professional profile of hospital managers; Investigate if the information present in the Management Reports of the unit are used by managers for decision making; And Understand which performance indicators are considered relevant by hospital managers for the decision-making process. Thus, an applied research was conducted, with a qualitative-quantitative approach and a descriptive objective. In addition to being a case study, other procedures were adopted, such as bibliographical research, documentary analysis and field survey and research, with structured interviews with the managers of the organization. In this way, through content analysis and descriptive statistics, a set of performance indicators focused on the specific reality of the foundation was conceived and based on the needs of the managers and applicable regulations. At the end of the study, the strategic map that correlates the organizational objectives in order to reach the strategic mission was also presented.

Keywords: Public Administration, Hospital, Strategic Objectives, Performance Indicators, Balanced Scorecard.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1	Gestão Pública.....	16
2.1.1	O surgimento do Modelo Gerencial na Administração Pública.....	16
2.1.1.1	A superação do Modelo Burocrático.....	17
2.1.1.2	Características do Modelo Gerencial.....	19
2.1.1.3	Do Patrimonialismo ao Modelo Gerencial no Brasil.....	22
2.1.2	Estrutura da Administração Pública no Brasil.....	26
2.1.2.1	Administração Pública Direta.....	27
2.1.2.2	Administração Pública Indireta.....	28
2.2	Estratégia.....	30
2.2.1	Planejamento Estratégico.....	32
2.3	Sistemas de Mensuração de Desempenho Organizacional.....	34
2.3.1	Evolução das Medidas de Desempenho.....	36
2.3.1.1	Balanced Scorecard (BSC)	39
2.3.1.1.1	Mapas Estratégicos.....	46
2.3.1.1.2	Balanced Scorecard adaptado ao Setor Público... ..	47
2.3.1.1.3	Balanced Scorecard adaptado à Saúde Pública... ..	49
2.3.1.1.4	Vantagens e Limitações do BSC.....	51
2.3.1.2	Modelo Delta.....	53
2.3.1.2.1	Processos de Adaptação.....	56
2.3.1.2.2	Métricas do Modelo Delta.....	57
2.3.1.2.3	Vantagens e Limitações do Modelo Delta.....	58
2.3.1.3	Performance Prism (PP)	60
2.3.1.3.1	Vantagens e Desvantagens do Performance Prism... ..	63
2.3.1.4	Modelo de Excelência da Gestão (MEG)	65
2.3.1.4.1	Vantagens e Desvantagens do MEG.....	69
2.3.2	SMDO aplicado à pesquisa.....	70
2.4	Indicadores de Avaliação Hospitalar.....	76
2.4.1	Indicadores de Avaliação Hospitalar no Brasil.....	77
3	METODOLOGIA.....	81
3.1	Classificação da Pesquisa.....	81
3.1.1	Natureza da Pesquisa.....	82
3.1.2	Forma de Abordagem do Problema	82
3.1.3	Classificação da pesquisa quanto aos Objetivos.....	83
3.1.4	Classificação da pesquisa quanto aos Procedimentos	83
3.2	Universo e Amostra.....	84
3.3	Etapas da Pesquisa.....	85
3.4	Coleta de dados.....	86

3.5 Tratamento e Análise dos dados.....	89
4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO HOSPITAL DE ENSINO.....	89
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS.....	91
5.1 Análise dos Relatórios de Gestão de 2013, 2014 e 2015.....	91
5.2 Análise do perfil profissional dos gestores	95
5.3 Utilização dos Relatórios de Gestão	98
5.4 Indicadores relevantes para a tomada de decisão	101
5.4.1 Missão Organizacional.....	102
5.4.2 Clientes do Hospital.....	104
5.4.3 Perspectiva Financeira.....	108
5.4.4 Processos Internos do Hospital.....	112
5.4.5 Perspectiva de Aprendizado e Crescimento.....	117
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	124
6.1 Definição da arquitetura de indicadores.....	124
6.2 Consenso dos objetivos estratégicos e elaboração dos indicadores....	125
6.2.1 Objetivos e Indicadores da perspectiva dos Clientes.....	125
6.2.2 Objetivos e Indicadores da perspectiva Financeira.....	127
6.2.3 Objetivos e Indicadores da perspectiva de Processos Internos...	130
6.2.4 Objetivos e Indicadores de Aprendizado e Crescimento.....	132
6.2.5 Mapa estratégico do Hospital de Ensino.....	135
7 CONCLUSÕES.....	136
8 REFERÊNCIAS.....	139
ANEXO A.....	152
ANEXO B.....	153

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Balanced Scorecard como Sistema de Gestão Estratégica.....	41
Figura 2: Estrutura do BSC.....	42
Figura 3: Analogia da Árvore - Perspectivas do <i>Balanced Scorecard</i>	45
Figura 4: Mapa Estratégico.....	46
Figura 5: Modelo de BSC aplicado a organizações públicas e sem fins lucrativos.....	48
Figura 6: <i>Balanced Scorecard</i> adaptado ao setor público de saúde.....	51
Figura 7: Opções estratégicas do Modelo Delta.....	54
Figura 8: A estrutura do <i>Performance Prism</i>	61
Figura 9: Representação do Modelo de Excelência em Gestão.....	67
Figura 10: Etapas da pesquisa.....	86
Figura 11: Mapa Estratégico do Hospital de Ensino.....	135

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Idade dos Gestores.....	95
Gráfico 2: Tempo como gestor no hospital.....	96
Gráfico 3: Nível de escolaridade dos gestores.....	96
Gráfico 4: Áreas de conhecimento dos gestores.....	97
Gráfico 5: Formação em Gestão versus Áreas de Conhecimento.....	97
Gráfico 6: Lideranças sem formação em gestão por área de conhecimento.....	98
Gráfico 7: Utilização do Relatório de Gestão para tomada de decisão.....	100
Gráfico 8: Possibilidade de melhorar o trabalho realizado no hospital sem adicionar custos.....	108
Gráfico 9: Tempo como gestor no hospital X Possibilidade de melhorar os serviços sem adicionar custos.....	109
Gráfico 10: Necessidade dos gestores quanto a indicadores financeiros.....	110
Gráfico 11: Existência de atividades voltadas ao aprendizado e crescimento das lideranças.....	119
Gráfico 12: Existência de indicadores de mensuração quanto aos ativos intangíveis.....	121

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Fundamentos da Excelência em Gestão.....	66
Quadro 2: Critérios de Excelência e itens de avaliação do MEG.....	67
Quadro 3: Aspectos compreendidos pelos SMDOs.....	74
Quadro 4: Indicadores de desempenho propostos pelo Ministério da Saúde.....	78
Quadro 5: Principais autores referenciados por tema.....	87
Quadro 6: Indicadores de desempenho do Relatório de Gestão 2013.....	92
Quadro 7: Indicadores de desempenho dos Relatórios de Gestão 2014 e 2015..	92
Quadro 8: Objetivos do Relatório de Gestão Anual.....	99
Quadro 9: Missão Organizacional do Hospital segundo os gestores.....	102
Quadro 10: Geração de valor aos clientes.....	105
Quadro 11: Indicadores de desempenho voltados aos clientes.....	106
Quadro 12: Indicadores de desempenho sugeridos à perspectiva financeira.....	111
Quadro 13: Processos Internos que geram valor.....	112
Quadro 14: Principais processos internos por diretoria	114
Quadro 15: Indicadores propostos para os principais processos internos.....	116
Quadro 16: Indicadores de desempenho relacionados aos ativos intangíveis.....	122
Quadro 17: Objetivos e indicadores da perspectiva Clientes.....	126
Quadro 18: Indicadores e objetivos da perspectiva Financeira.....	127
Quadro 19: Indicadores e objetivos da perspectiva de Processos Internos.....	130
Quadro 20: Indicadores e objetivos da perspectiva de Aprendizado e Crescimento.....	133

1. INTRODUÇÃO

Ao longo da história, é possível observar que diferentes governos enfrentaram vários obstáculos decorrentes do próprio ato de governar e de prestar serviços públicos (PETERS, 2014).

Na década 1980, por exemplo, devido à globalização dos mercados e ao esgotamento do padrão intervencionista de Estado, a administração pública de muitos países passou por reformas expressivas. Buscava-se a modernização do setor público e a atuação do Estado como regulador e promotor do desenvolvimento social e econômico (BRESSER-PEREIRA, 1998).

Posteriormente, no século XXI, as reivindicações da sociedade conduziram à produção demandas em torno das quais as instituições tiveram que se adaptar para melhorar os serviços prestados aos cidadãos (COUTINHO, 2000). Isto é, as insatisfações coletivas unidas ao fortalecimento dos movimentos sociais em rede, tornaram os desafios de governar ainda mais evidentes.

Para Castells (2013), é cedo para estimar o resultado final desses movimentos, porém é possível destacar algumas das suas principais consequências: mudanças em regimes; desconfiança no capitalismo financeiro; e modelos institucionais desafiados.

A boa governança, caracterizada pelo gerenciamento eficiente e eficaz dos recursos públicos para o atendimento das necessidades da sociedade, transformou-se num dos maiores desafios para o gestor público e numa das maiores aspirações para a população (SCHWELLA, 2014).

Nesse sentido, o Estado, anteriormente governado em função da obediência a padrões, regras, regulamentos e leis, deslocou gradativamente suas atenções para reformas de cunho gerencial (FREITAS, 2014). Ou seja, o objetivo dos gestores públicos passou a ser o resultado efetivamente produzido pelas organizações.

Diante desse contexto, a gestão estratégica tornou-se instrumento de adequação e de sobrevivência nas organizações da Administração Pública (NEVES, 2002). Não apenas para melhorar seus resultados, mas para garantir o seu futuro, diversas instituições públicas perceberam a necessidade de formular ou revisar suas estratégias organizacionais.

Assim, manifestou-se no setor público o Planejamento Estratégico (PE) que, apesar dos fatores limitadores à sua aplicação nesta esfera (posto que as instituições

públicas não buscam lucro nem vantagens competitivas), se destacou nos últimos tempos devido à necessidade da excelência na prestação dos serviços ao cidadão (SILVA; GONÇALVES, 2011).

No PE os objetivos estratégicos devem estar alinhados às diretrizes governamentais e à missão da organização; e, tais objetivos, devem permitir a definição de metas e de indicadores de desempenho, para que a performance da organização seja monitorada (FREITAS, 2014).

Fernandes et al. (2006) afirmam que medir continuamente e coerentemente o desempenho dos processos e os resultados é o segredo de uma gestão de alto nível. Isso porque uma das principais implicações desta medição é fornecer informações de confiança para apoio à tomada de decisão dos gestores (UKKO et al., 2007).

Nessa conjuntura, com a finalidade de definir e implementar estratégias e de mensurar seus resultados adequadamente, as organizações públicas recorreram ao setor privado à procura de métodos de gestão (COUTINHO, 2000). Buscava-se ferramentas da área privada que fossem adaptáveis ao setor público e melhorassem o seu desempenho.

Nesse cenário de movimentos gerenciais na Administração Pública, os gestores dos serviços públicos de saúde também encontraram o desafio de aperfeiçoar os processos das organizações hospitalares. Segundo Viacava (2004), era necessário transmitir maior transparência quanto aos gastos públicos, adaptar as atividades aos poucos recursos disponíveis e controlar as despesas com atenção médica hospitalar.

Todavia, a principal questão estava em como medir o desempenho das instituições hospitalares em relação à qualidade, à eficiência e à equidade e montar sistemas de gestão para estimular mudanças comportamentais e o alcance de melhores resultados (HURST, 2001).

Silva e Prochnik (2005) fazem referência a três aspectos voltados à mensuração de desempenho em unidades de saúde: (1) embora os hospitais estejam acostumados com o uso de indicadores, esses não estão atrelados ao planejamento estratégico, nem decorrem da preocupação em medir seu desempenho; (2) os hospitais possuem sistemas de informação deficientes e não contam com um método de mensuração organizado; (3) e há um desequilíbrio qualitativo e quantitativo entre os indicadores utilizados nessas instituições.

A partir desse pressuposto, esta pesquisa se baseou na realidade de uma Fundação Pública Hospitalar da Administração Indireta do Poder Executivo do Estado do Amazonas, que atua no âmbito da assistência, do ensino e da pesquisa. Esta unidade de saúde encontra desafios na elaboração da sua estratégia organizacional, principalmente no que se refere à mensuração de desempenho. Apesar de possuir indicadores, a maioria deles não está preocupada efetivamente em medir a performance da instituição e auxiliar os gestores no processo de tomada de decisão.

Desse modo, o problema de investigação desta pesquisa é: “Qual o sistema de mensuração de desempenho mais adequado para auxiliar a tomada de decisão dos gestores do setor hospitalar?”.

Indo ao encontro do referido problema, esta dissertação atentou-se ao seguinte objetivo geral:

- Desenvolver um sistema de mensuração de desempenho que auxilie o processo de tomada de decisão dos gestores de um hospital de ensino.

Esta especificidade deu-se pelo fato da unidade de saúde adotada para esta investigação ser certificada, ainda, como hospital de ensino.

Para isso, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

I. Referenciar estudos nas áreas de Gestão Pública, Estratégia, Sistemas de Mensuração de Desempenho Organizacional e Indicadores de Avaliação Hospitalar;

II. Definir qual dos sistemas de mensuração de desempenho, dentre os mais referenciados e aplicados em organizações na atualidade, é o mais adequado para fundamentar este estudo de caso;

III. Levantar os indicadores de desempenho presentes nos Relatórios de Gestão da instituição dos anos 2013, 2014 e 2015;

IV. Analisar o perfil profissional dos gestores do hospital;

V. Verificar se as informações presentes nos Relatórios de Gestão da unidade são utilizadas pelos gestores para tomada de decisão; e

VI. Determinar quais indicadores de desempenho são considerados relevantes pelos gestores do hospital para o processo de tomada de decisão.

O desenvolvimento deste trabalho em uma unidade pública de saúde torna-se relevante, primeiramente, devido a possibilidade de entendimento das constantes falhas de gestão que fatidicamente geram ou agravam os problemas de saúde da população.

Na esfera teórica, este tema é importante por abordar conceitos de Gestão Pública, Estratégia, Sistemas de Mensuração de Desempenho e Indicadores de Avaliação Hospitalar, que podem auxiliar outras pesquisas referentes ao mesmo tema: gestão estratégica e medição de desempenho no setor público de saúde.

Além de demonstrar o aporte teórico sobre essa matéria, este estudo aponta um caso prático de desenvolvimento de indicadores hospitalares. A construção desse sistema de mensuração pode gerar melhorias nos processos das unidades de saúde, na tomada de decisão dos gestores e, conseqüentemente, no atendimento aos usuários do serviço.

Há de se destacar, que no Brasil são insuficientes os estudos científicos publicados sobre o emprego de Sistemas de Mensuração de Desempenho em hospitais (NOGUEIRA et al., 2015). Portanto, houve a oportunidade de realizar um trabalho sobre este assunto insuficientemente explorado e, a partir disso, gerar conhecimento científico tanto para a área da Engenharia de Produção, quanto para outras áreas, como: Administração de Empresas e Administração Hospitalar, podendo servir de subsídio a hospitais que buscam estrategicamente melhorar seu desempenho.

Por fim, destaca-se o valor de se realizar este estudo em uma fundação intimamente ligada ao processo de Ensino e Pesquisa, que apoia o desenvolvimento de trabalhos científicos geradores de conhecimentos técnicos com aplicação prática.

Diante do exposto, o trabalho foi dividido em oito seções. No capítulo 1, é apresentada a introdução, com a contextualização do problema, o objetivo geral, os objetivos específicos da pesquisa e a sua justificativa. Em seguida, o segundo capítulo apresenta a revisão da literatura com os seguintes assuntos centrais: Gestão Pública, Estratégia, Sistemas de Mensuração de Desempenho e Indicadores de Avaliação Hospitalar. Após isso, o terceiro capítulo, constrói a base metodológica do estudo, com a classificação da pesquisa, o universo e a amostra investigados, as etapas do trabalho e as formas de coleta, tratamento e análise de dados. No quarto capítulo, é feita a contextualização da organização estudada e, no quinto, são apresentados o tratamento e a análise dos dados coletados. O quinto capítulo explana os resultados do estudo e, na sexta seção do trabalho são apresentadas as conclusões da dissertação. Por fim, o último capítulo apresenta as referências utilizadas como fundamentação teórica do trabalho.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo atende aos objetivos específicos condizentes à pesquisa bibliográfica: Referenciar estudos nas áreas de Gestão Pública, Estratégia, Sistemas de Mensuração de Desempenho Organizacional e Indicadores de Avaliação Hospitalar; e Definir qual dos sistemas de mensuração de desempenho, dentre os mais referenciados e aplicados em organizações na atualidade, é o mais adequado para fundamentar este estudo de caso.

Desse modo, construiu-se o aporte teórico necessário para a realização desta pesquisa.

2.1 Gestão Pública

Inicialmente, para que seja entendido o contexto no qual as organizações públicas passaram a utilizar ferramentas de gestão estratégica oriundas do setor privado, faz-se necessário abordar a evolução da Administração Pública em todo o mundo, com ênfase no Brasil.

Para superar crises econômicas e sociais, geradas em sua maioria pela má gestão do Estado, foi indispensável superar, ao menos em partes, os modelos patrimonialista e burocrático até que se chegasse ao modelo gerencial (MARTINS, 2014). Tão logo, vários países desenvolveram sua forma de gerir o aparelho do Estado e propiciar melhorias nos serviços prestados à população.

2.1.1 O surgimento do Modelo Gerencial na Administração Pública

Nos anos 80, após o surgimento da crise econômica internacional, políticos e economistas de diversas partes do mundo se atentaram para o ajuste fiscal, estrutural e para as reformas dirigidas ao mercado (TEIXEIRA, 2013). Na década de 90, porém, percebeu-se que o ajuste estrutural do mercado não era suficiente para que os países afetados pela crise voltassem a se desenvolver e, por este motivo, outra preocupação se fez relevante: a reforma administrativa do Estado (DE SOUZA, 2014).

O Estado mínimo, apoiado pelo neoliberalismo, tornou-se inviável, pois, apesar das visíveis limitações da interferência estatal nas economias, as políticas públicas possuem função estratégica importante no desempenho do capitalismo

moderno (PINHO, 2016). E isso, por sua vez, torna inexequível o mercado como o grande responsável pela coordenação da economia, bem como o Estado como mero garantidor dos direitos de propriedade e dos serviços básicos à sociedade (PEREIRA, 1996).

Dessa forma, verificou-se com maior clareza que a recessão dos anos 80 – iniciada na década de 70 com a crise do petróleo – teve quatro pressupostos fundamentais: foi uma crise fiscal do Estado que não possuía mais recursos para financiar suas dívidas; foi um colapso devido ao seu modo de intervir na economia, em meio aos avanços tecnológicos e ao surgimento de grandes empresas que ditavam o ritmo do mercado; foi um esgotamento da maneira de atuar no campo social; e, por fim, foi uma deficiência administrativa em decorrência do modelo burocrático adotado pelo Estado (PEREIRA, 1996, 1998; ABRUCIO, 1997; KEINERT, 2007).

Por esses motivos, a reforma do Estado se tornou prioridade na década de 90 em vários países do mundo (PEREIRA, 1998; MATOS, 2015), os quais passaram a adotar técnicas oriundas do setor privado na tentativa de modernizar e, principalmente, aumentar a eficiência da gestão pública (MOTTA, 2007).

A partir dos seus estudos, Secchi (2009) afirma que essas reformas administrativas passaram a utilizar o âmbito privado como *benchmark* para que as organizações públicas pudessem melhorar seu desempenho e superassem o modelo burocrático, preponderante até então.

2.1.1.1 A superação do Modelo Burocrático

O modelo burocrático, de sumarização atribuída ao sociólogo alemão Max Weber, já estava presente, desde o século XVI, em organizações militares e religiosas, notadamente na Europa (PEREZ, 2016). A partir de então, foi testado de diferentes formas em diversas realidades, alcançando no século XX as organizações públicas, privadas e do terceiro setor de vários países (FERREIRA, 2014).

Esse modo de administrar, entretanto, sofreu duras críticas após a Segunda Guerra Mundial, pois, para alguns intelectuais, limitava a atuação do Estado frente às novas demandas econômicas, políticas e sociais (BRULON et al., 2012). Apesar de ter como principais características a formalidade, a impessoalidade, o profissionalismo, a padronização, a definição de normas e a prática de mecanismos de controle, esse modelo passou a ser criticado por sua rigidez, inflexibilidade,

morosidade, estilo autorreferencial e distorção das necessidades dos cidadãos, tornando a Administração Pública ineficiente (MATOS, 2015).

Os governos estavam impossibilitados de demitir funcionários de baixa produtividade, de premiar aqueles com bons resultados e de dirigir a administração para resultados prósperos, tudo isso pela existência de várias normas que abordavam exatamente o que podia e o que não podia ser feito, bem como a forma pela qual cada atividade deveria ser executada (JÚNIOR, 2016a). Assim, não havia abertura para a criatividade dos funcionários, para a agilidade e flexibilidade dos processos e para a escolha de métodos mais viáveis para alcançar os objetivos (PALUDO, 2013).

Nesse sentido, com o alargamento do papel socioeconômico do Estado, as estratégias seguidas pelo modelo burocrático provaram ser impróprias. Ainda que tentasse reduzir a corrupção e o nepotismo (marcas do modelo patrimonialista), esse tipo de administração era ineficiente e caro (COUTINHO, 2000).

Ademais, segundo Pereira e Lucena (2014), por estar cada vez mais voltado para si mesmo, esse modelo estava completamente esgotado, pois caminhava em sentido avesso aos anseios da sociedade e não estava mais apto a atender às necessidades dos cidadãos.

Para Secchi (2009), tais consequências negativas foram chamadas de disfunções burocráticas.

“Esses efeitos negativos foram chamados de disfunções burocráticas: o impacto da prescrição estrita de tarefas sobre a motivação dos empregados, resistência às mudanças, e o desvirtuamento de objetivos provocado pela obediência acrítica às normas. (...) Ademais, a impessoalidade levada ao pé da letra pode levar a organização a não dar atenção a peculiaridades das necessidades individuais” (SECCHI, 2009, p. 353).

Diante desse cenário, a reforma administrativa do Estado ganhou preferência na agenda dos governos de vários países (PEREIRA, 1996). Era necessário um modelo administrativo ágil e flexível, que pudesse ter uma dinâmica interna eficiente e fosse capaz de se adaptar rapidamente aos cenários externos (JÚNIOR, 2016b).

Então, diante de um contexto de extenuação do poder estatal e de escassez de recursos público, surgiu um novo modelo de gestão em resposta ao esgotamento da administração burocrática: a Administração Pública gerencial. Essa forma de gestão destaca-se por importar do setor privado técnicas e teorias capazes de levar o setor público ao alcance do seu principal objetivo: o atendimento ao interesse público (MOTTA, 2007; SARAIVA, 2010; MONTEIRO et al., 2014).

Segundo os dizeres de Martins (2014), enquanto o modelo burocrático focaliza a definição e a formalização dos procedimentos, a administração gerencial se concentra nos resultados; no tempo em que o primeiro prioriza essencialmente processos rígidos e legais para evitar o nepotismo e a corrupção, a segunda concorda que isso precisa ser combatido, mas não necessariamente dessa forma. Isto é, à medida que a burocracia é autorreferida, o gerencialismo caracteriza-se por estar focado no cidadão.

2.1.1.2 Características do Modelo Gerencial

A Nova Gestão Pública (NGP) ou *New Public Management* (NPM), como ficou conhecido esse modelo, teve início na Grã-Bretanha em 1979, no governo de Margareth Thatcher (PEREIRA, 1996; OLIVEIRA et al., 2013; MONTEIRO et al., 2014). Nos Estados Unidos, em 1980, o modelo emergiu com Ronald Reagan. Do mesmo modo, em outros lugares, reformas semelhantes ocorreram como na Suécia, no Japão, na Nova Zelândia, na Austrália, na França e gradualmente na Europa continental e no Canadá (BRULON et al., 2012).

A partir de então, houve no país uma reforma intensa e produtiva, na qual a Administração Pública perdeu as características burocráticas e se apossou das qualidades gerenciais (PEREIRA, 1998).

De acordo com Abrucio (1997), a experiência anglo-americana aponta para três fases da NPM: o modelo gerencial puro, o *consumerism* e o *Public Service Orientation* (PSO). Segundo o autor, embora existam diferenças entre esses momentos, o surgimento de um não exclui todas as características do antecessor; pelo contrário, os aspectos positivos de uma fase são incorporados às subsequentes.

No primeiro momento, o foco estava voltado ao corte de custos e à separação entre política e administração, pois era necessário reduzir os gastos diante da crise financeira para que se aumentasse a produtividade e a eficiência governamental (ARAGÃO, 1997). Por esses motivos, métodos de avaliação de desempenho e ações de controle orçamentário (como a redução de pessoal e de recursos destinados às menores esferas de governo) foram empregadas (MARINI; MARTINS, 2004).

Apesar dessas ações, os defensores do gerencialismo puro não consideraram alguns pontos essenciais: o foco na eficiência deixou de lado a importância da efetividade, ou seja, da qualidade das ações públicas; não se considerou que reformas

administrativas bem sucedidas necessitam estreitamente de apoio político; e não se previu que a mensuração de eficiência e de desempenho do setor público não ocorresse tal qual no setor privado, devido às suas peculiaridades (ABRUCIO, 1997).

Diante desses aspectos, duas modificações básicas foram realizadas, dando início ao *consumerism*: a priorização da flexibilidade, do planejamento estratégico e da qualidade; e a prestação de serviços públicos com foco nos consumidores (CAVALCANTE; DE LIMA, 2016). Segundo esses autores, a primeira mudança ocorreu devido às críticas sofridas pelo gerencialismo puro, que focava excessivamente na eficiência e deixava em segundo plano a efetividade; e a segunda alteração voltou a administração aos consumidores, a partir da descentralização e da competição entre as organizações do setor público.

De acordo com o Marini e Martins (2014), a lógica de fornecer maior autonomia às entidades estatais e incentivar a competitividade entre elas geraria o aumento da qualidade dos serviços públicos. Todavia, para os autores, assim como ocorreu na fase anterior, o *consumerism* sofreu críticas devido ao emprego do termo consumidor (que deveria ser substituído por cidadão, uma vez que cidadania sugere direitos e deveres e não apenas a liberdade de escolher serviços públicos) e em decorrência do desvio do termo equidade (gerado pela alta competição entre as organizações públicas e pela formação de grupos de interesses entre os consumidores).

Nesse contexto, em busca da introdução dos conceitos de *accountability*, transparência, participação política, justiça e equidade na prestação de serviços públicos, alguns estudiosos deram origem ao *Public Service Orientation* (PSO) (REGGIAN; MARRA, 2013). A esfera pública passou a ser o local de aprendizagem social (por meio do debate público) e de aperfeiçoamento da cultura cívica dos cidadãos (MENDES, 1998). Assim, os principais aspectos que diferenciam o PSO das fases anteriores foram: o emprego do termo cidadão, de conotação coletiva, em substituição ao termo consumidor que tinha caráter particular; e o emprego da cooperação entre os entes públicos, ao invés da competitividade, como forma de melhorar a qualidade dos serviços e garantir o valor equidade (ARAGÃO, 1997).

Dessa forma, para Brulon et al. (2012), apesar do gerencialismo apresentar diferenças de implantação de país para país, possui características gerais. De acordo com esses autores, o modelo busca flexibilizar a gestão, reduzir os níveis hierárquicos e aumentar a autonomia gerencial nos processos de tomada de decisão.

Da mesma maneira, o enfoque gerencial tem por objetivo aumentar a eficiência do Estado e tornar menos rígida a sua forma de administrar, desenvolvendo ou aperfeiçoando a democracia por meio de um diálogo mais efetivo com o cidadão (OLIVEIRA et al., 2013).

Monteiro et al. (2014) concordam com essa colocação ao afirmarem que na NPM o cidadão passa a ser tratado como cliente e a gestão procura melhores níveis de eficiência e eficácia. Para isso, segundo os autores, o modelo se baseia na ética, na responsabilidade fiscal e na transparência dos gastos e ações públicas.

Segundo MATOS (2015), os atributos básicos do modelo de administração gerencial são: o foco no cidadão e no alcance dos resultados; o grau de confiança, ainda que limitado, dado aos funcionários públicos e aos políticos; a descentralização; o incentivo à inovação e à criatividade; e o contrato de gestão como instrumento para controlar os órgãos descentralizados.

Além dessas características, Abrucio (1997) explana as principais alterações geradas no serviço público com o emprego do modelo gerencial: a adoção de parcerias com o setor privado e com as organizações não governamentais (ONGs); o ingresso de instrumentos de avaliação de desempenho fundamentados em indicadores de qualidade e produtividade; a autonomia dada às agências governamentais; a descentralização política e o maior destaque ao *accountability*; a implementação do planejamento estratégico como forma de estruturar estratégias de médio e longo prazos; a flexibilização das regras e normas públicas; o incremento de habilidades gerenciais aos funcionários.

Ademais, de acordo com Paludo (2013), a NPM conserva alguns princípios da administração burocrática, porém a discordância precípua está na forma de controle, que deixa de centrar-se nos processos e passa a focar nos resultados e no entendimento de “interesse público” (o interesse da coletividade e não mais o interesse do próprio Estado).

Contudo, apesar dos atributos e das mudanças geradas pelo modelo gerencial, existem críticas realizadas por alguns estudiosos ao seu respeito.

Inicialmente, nos estudos de Rocha (2000) e Motta (2013), cita-se que na NPM o ensaio da flexibilização não eliminou as formas tradicionais de controle, pelo contrário, gerou o aumento da burocracia. Os autores explicam que em alguns países a reforma criou mais regras, normatizações e níveis hierárquicos para controlar a suposta descentralização.

Em concordância, Nunes (2012) afirma que o modelo gerencial não conseguiu sanar os problemas públicos e, ainda, cometeu várias incoerências. Dentre elas está a anunciação constante da descentralização e da delegação de competências, como medidas básicas para a mudança administrativa, em oposição à manutenção do poder hierarquizado e profundamente centralizado na prática.

Além disso, a reforma gerencial não considerou que o setor público tem um tempo de reação e transformação diferente da administração privada, pois a área pública está submetida a normatizações, leis e decretos que não podem ser facilmente ou prontamente alteradas; e para isso são necessários novos acordos políticos, o que impede a Administração Pública de deliberar com celeridade sobre problemas sociais (MOTTA, 2013). Portanto, nesse contexto, a implantação da eficiência privada em busca de sucesso imediato é inviável.

Motta (2013) sustenta que a delegação de autoridade e a autonomia de decisão propostas pelo NPM não são possíveis diante de fortes influências políticas, pois os gestores públicos estão mais vulneráveis à política do que ao desempenho. Para o autor “o gestor público está inserido em uma luta de poder capaz de deixar seu cargo politicamente vulnerável em cada decisão tomada. Resolver conflitos torna-se mais importante e toma mais tempo que buscar resultados” (p. 86).

Para Paes de Paula (2005), em linhas gerais, a Nova Gestão Pública não suscitou a participação da sociedade na dimensão política, pois centralizou a decisão estratégica no governo sem realizar a interação deste com os cidadãos. Ademais, afirma que, ao dar prioridade às medidas econômicas, financeiras, institucionais e administrativas, a NPM deixou em segundo plano o empenho com a participação da sociedade.

Dessa forma, feitas as referências ao surgimento do gerencialismo no contexto internacional, é válido explanar como essa reforma aconteceu a nível nacional, destacando quais foram os motivos, os atores políticos e, sobretudo, as transformações acarretadas pelo modelo gerencial na Administração Pública brasileira.

2.1.1.3 Do Patrimonialismo ao Modelo Gerencial no Brasil

Historicamente, o Brasil passou por diversos modelos e reformas administrativas com peculiaridades inerentes aos momentos vividos pelo país e com

características que ajudam a entender o atual modelo de gestão do Estado. Essas mudanças evidenciam que o setor público necessitou evoluir para atender às demandas sociais por maior controle, transparência e eficiência na gestão dos recursos públicos (MONTEIRO et al., 2014).

A princípio, durante o período patrimonialista, o patrimônio público confundia-se com o privado; as monarquias que estavam no poder buscavam garantir sua hegemonia, seus interesses e a proteção dos seus pares (CAMPELO, 2013). Todavia, devido ao autoritarismo, à corrupção e ao nepotismo, característicos desse modelo, bem como em decorrência dos avanços tecnológicos e institucionais potencializados pelo capitalismo, houve a necessidade de modernizar o Estado brasileiro (BRULON, et al., 2012).

Sendo assim, em 1930, em consequência da industrialização e da urbanização experimentadas pelo Brasil a partir desta década, houve uma reorganização do Estado para atender às pressões de uma burguesia que buscava participação política (TORRES, 2007). Nesse contexto, então, surgiu o modelo burocrático com o intuito de construir uma administração mais racional, eficiente e capaz de alavancar o desenvolvimento brasileiro (COSTA, 2008). Com isso, os princípios da administração pública burocrática foram incorporados ao país em 1936, durante o governo de Getúlio Vargas, por meio da instituição do DASP (Departamento Administrativo do Serviço Público), que representou a primeira reforma administrativa do país (ARAÚJO; PEREIRA, 2012).

De acordo com Pinho (1998), apesar de tentar modernizar o país, melhorar a regulamentação econômica, gerar o crescimento industrial e atender efetivamente às demandas sociais, o modelo burocrático foi fortemente influenciado pelo patrimonialismo enraizado na administração pública brasileira. Por isso, não foi possível modernizá-la e torná-la eficiente e eficaz; pelo contrário, ao tentar combater o patrimonialismo e o clientelismo com o foco exclusivo nos processos e com a imposição de rígidas regras e exagerados métodos de controles, o Estado se tornou mais inchado e ineficiente (PEREIRA, 1998).

Nesse contexto, em 1967, com a publicação do Decreto-Lei 200, houve a primeira tentativa de reformar o país com caráter gerencial (AFONSO et al. 2015). A partir deste documento, segundo os mesmos autores, os militares buscavam reduzir a rigidez da administração direta e introduzir o modelo de gestão privado com a

criação de novas estruturas paraestatais, sobre as quais, em seguida, perdeu-se o controle.

O crescimento exacerbado da Administração Pública indireta ocasionou a disparidade entre esta e a Administração direta e, ao contrário do que se acreditava, novas formas de manipular os recursos públicos para favorecer interesses privados surgiram (PEREIRA; COUTO; SINDEAUX, 2015)

Isso comprovou que a criação de novas entidades estatais não extinguiu as práticas de corrupção, patrimonialismo e clientelismo que já assombravam o país em épocas anteriores (COSTA, 2008).

Diante dessa realidade, em 1988 com a promulgação da Constituição Federal (CF), o país retomou algumas práticas do modelo burocrático para conter os ataques patrimonialistas que emergiam, especialmente, da Administração indireta e dos níveis estadual e municipal (SOUZA, COSTA, 2016). Em decorrência disso, as regras impostas à Administração direta (dentre elas a obrigatoriedade de concurso público para admissão de pessoal e do processo licitatório para compras e contratos) passaram a valer inclusive para a indireta, o que retirou boa parte de sua autonomia gerencial (TORRES, 2007). Assim, o Estado voltou a assumir várias atribuições sociais, o que passou a exigir uma Administração Pública moderna e eficiente

Após um ano da publicação da CF de 1988, o Brasil voltou a ter uma eleição direta para presidente da República e, com um discurso distorcido acerca do funcionalismo público, Fernando Collor venceu as eleições e pôs em prática uma das mais flagelantes tentativas de reforma do país (VILLA, 2016). Nesse processo, foram demitidos milhares de servidores, extintos muitos órgãos públicos e a Administração Pública brasileira passou por um momento de profunda desestruturação e desmotivação, mesmo após a destituição de Collor em 1992 (PINHO, 1998)

O fato é que, em 1995, um ano após a eleição de Fernando Henrique Cardoso como presidente do Brasil, sob influência das redefinições de Estado moderno ocorridas em várias partes do mundo, a reforma gerencial da Administração Pública ganhou prioridade na agenda política com a proposição do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (ARAÚJO; PEREIRA, 2012).

Nessa ocasião, em semelhança ao que ocorreu em outros países, tornou-se evidente que a reforma gerencial era indispensável para que se realizasse o devido ajuste fiscal do Estado e fosse implantado um serviço público eficiente, focalizado nas

necessidades dos cidadãos (OLIVEIRA et al., 2013). Isto é, necessário redefinir a forma de atuação do Estado.

Nas palavras de Pereira (1996, p. 5): “A partir daquele momento, a reforma do aparelho do Estado, visando torná-lo menor, mais eficiente e mais voltado para o atendimento das demandas dos cidadãos, passou a ser uma questão nacional”.

A proposta de reforma, então, foi baseada em três campos: a reforma institucional-legal da Administração Pública; a mudança cultural da burocracia para o gerencialismo; e a modernização dos métodos de gestão e da estrutura organizacional (BRASIL, 1995).

Pereira (1998) explica que essa reforma instituiu quatro setores dentro do Estado: o núcleo estratégico (onde são definidas as leis e as políticas públicas); as atividades exclusivas do Estado (no qual o poder de legislar e tributar são exercidos); os serviços não exclusivos (que podem ser realizados por outras entidades, mas são regulamentados pelo Estado); e a área de produção de bens e serviços para o mercado (constituída por empresas de economia mista).

Em síntese, de acordo com Matias-Pereira (2008), a reforma gerencial brasileira buscou equilibrar as contas públicas e gerar capacidade de atuação do Estado, ou seja, no curto prazo tinha-se em vista a eliminação da crise fiscal e no médio prazo a modernização da Administração Pública.

No julgamento de Abrucio (2007), os maiores avanços da reforma gerencial no Brasil foram as alterações no âmbito legal e o surgimento do debate acerca de novas formas de gestão orientadas para melhorar o desempenho do serviço público.

Para Kaufman (2014), a reforma do Estado brasileiro foi um passo relevante para o desenvolvimento do país. Entretanto, de acordo com o autor, ainda são necessários esforços representativos para que o Brasil se torne realmente democrático com a participação da sociedade no debate sobre os interesses públicos e no controle e fiscalização das ações estatais.

Nesse sentido, Paes de Paula (2005) discorre que o modelo gerencial no Brasil favoreceu a manutenção do processo decisório nas mãos do núcleo estratégico do Estado, o que não assegurou a inclusão da sociedade civil nas deliberações estratégicas e na formulação de políticas públicas. Do mesmo modo, a autora afirma que a reforma deu prioridade para o ajuste fiscal, deixando a reestruturação institucional em segundo plano.

Na opinião de Brulon et al. (2012), a reforma gerencial brasileira ocasionou uma série de melhorias ao país, como o foco nos cidadãos e a criação das agências reguladoras. Contudo, os autores afirmam que o novo modelo não rompeu com alguns aspectos presentes nos modelos administrativos anteriores, como a transformação de cargos públicos em favoritismo político, característico do patrimonialismo, e a rigidez processual, defendida pelo regime burocrático. Além dessa sobreposição de valores, os mesmos estudiosos, o gerencialismo brasileiro possui fragilidades próprias, como a priorização da eficiência econômica frente às funções sociais do Estado e a lacuna democrática gerada pela centralização dos processos decisórios no núcleo estratégico do governo.

Seguindo o mesmo raciocínio, Ribeiro (2013) afirma que, apesar desta reforma iniciada na metade da década de noventa, o Brasil ainda não obteve êxito na superação de uma cultura de gestão focada na visão orçamentária, sem uma abordagem efetivamente gerencial.

Destarte, diante das considerações desses autores acerca da implantação do modelo gerencial no Brasil, apresenta-se a estrutura organizacional da Administração Pública brasileira, um dos focos das tentativas de modernização do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (Brasil, 1995).

2.1.2 Estrutura da Administração Pública no Brasil

O termo Administração Pública, quando em maiúsculo, representa o Estado atuando por meio de seus papéis e desempenhando atividades administrativas (MONTEIRO et al., 2014). No Brasil, de acordo com o Instrumento para Avaliação da Gestão Pública (2007), compreende-se Administração Pública como:

“(...) o conjunto de entidades que compõem o Estado, voltadas para a prestação de serviços públicos e o atendimento das necessidades do cidadão e da coletividade. É constituída da administração direta e da administração indireta, esta formada por autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista e organizações sociais. É subdividida em poderes (executivo, legislativo e judiciário) e em esferas (federal, estadual e municipal)” (INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA, 2007, p. 54).

Entende-se, assim, que a Administração Pública é o agente que deve gerir os recursos públicos em busca do atendimento às demandas sociais. Para isso, deve

realizar suas funções baseando-se nos princípios estabelecidos pela Constituição: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (MONTEIRO et al., 2014).

Portanto, sendo subdividida em Administração direta e Administração indireta, de acordo com o art. 37 da CF de 1988 (FEDERAL, 1988), cabe-nos entender de forma sintetizada a organização e os componentes de cada uma dessas ramificações da Administração Pública brasileira.

2.1.2.1 Administração Pública Direta

Segundo Batista (2012), conceitualmente, a Administração direta é a parcela formada pelos órgãos internos da Administração Pública.

Para Paludo (2013), esse ramo da administração compreende as jurisdições e os serviços interligados à estrutura da Presidência da República e dos Ministérios, bem como os órgãos do Legislativo, do Judiciário e do Ministério Público da União. Nas palavras do autor:

“A Administração direta é composta pelos próprios órgãos dos poderes que compõem as pessoas jurídicas de Direito Público com capacidade política ou administrativa. (...) A Administração Pública direta atua através de seus órgãos ou agentes que expressam a vontade política da pessoa jurídica a que estão ligados. Os órgãos não têm capacidade jurídica, não constituem pessoa jurídica, apenas possuem competências (...) cuja atuação é imputada à entidade estatal a que pertencem. É importante destacar que os Conselhos também constituem órgãos públicos da Administração direta” (PALUDO, 2013, p. 28).

Em suma, para o autor, o conjugado formado pela totalização dos órgãos públicos que fazem parte de cada ente federado, recebe o nome de Administração Pública Direta.

Mazza (2014) complementa que pertencem a ela, além das próprias entidades federativas, os Ministérios, as Secretarias, as Delegacias, os Tribunais, dentre outros.

Cunha Junior (2011), por fim, ressalta que, apesar desses órgãos não possuírem personalidade jurídica, eles poderão dispor de autonomia segundo os termos da lei, isto é, em situações especiais possuirão um grau de autonomia administrativa reconhecida pela Constituição Federal.

2.1.2.2 *Administração Pública Indireta*

A Administração indireta, por sua vez, é composta por outras pessoas jurídicas (autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista e organizações sociais), as quais recebem uma competência privativa do Estado (BATISTA, 2012).

A Administração Pública indireta tem em sua composição pessoas jurídicas autônomas com natureza de direito privado ou público, o que define as suas características (DO AMARAL, 2014). As pessoas de direito público (autarquias, fundações públicas, agências reguladoras e associações públicas) são criadas por lei e as de direito privado (empresas públicas, sociedades de economia mista, subsidiárias, fundações governamentais e consórcios públicos) são autorizadas por lei.

Segundo Teixeira, da Cruz e Fonseca (2015), as entidades da Administração indireta desempenham de maneira descentralizada as atividades administrativas ou exploram atividades econômicas, estando interligadas aos Ministérios correspondentes da Administração Direta. Normalmente, quando proporcionam serviços públicos ou de interesse público são denominadas de autarquias ou fundações e quando realizam atividades de exploração econômica são empresas públicas e sociedades de economia mista (LEITE, 2016).

As autarquias são pessoas jurídicas de direito público instituídas para desempenhar atividades típicas da Administração Pública, que impliquem poderes próprios do Estado (CUNHA JUNIOR, 2011). Segundo este autor, possuem autonomia gerencial, orçamentária e patrimonial; têm capacidade específica; estão conectadas (mas não subordinadas) a um determinado Ministério; e o seu regime natural de contratação de pessoal é o estatutário (por meio de concursos públicos). Algumas das autarquias brasileiras são: o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), o Banco Central, o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama), o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra) e todas as universidades públicas, como a USP, a UFRJ e a UFAM.

A fundação pública, por sua vez, é caracterizada como pessoa jurídica de direito público, com finalidade pública, criada e extinta por lei e sujeita ao controle da Administração direta (BATISTA, 2012). Esta entidade pode exercer todas as atividades típicas da Administração Pública (por exemplo: prestar serviços e exercer

o poder de polícia); não tem fins lucrativos; e desempenha atividades de interesse público no âmbito social (Saúde, Cultura e Educação), por meio de atividades não exclusivas de Estado (PALUDO, 2013).

Um exemplo de fundação pública é a fundação hospitalar de ensino que é objeto deste estudo, pois integra a Administração indireta do Poder Executivo do Estado do Amazonas e está vinculada à Secretaria de Estado da Saúde (SUSAM).

Por outro lado, as empresas públicas são entidades da Administração indireta que têm a totalidade de capital público, possuem forma organizacional livre (sociedade anônima ou limitada) e suas principais atividades são a prestação de serviços públicos ou as atividades econômicas (JUNIOR; MARTINS, 2016). Como exemplos, podem ser citados o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES); a Caixa Econômica Federal (CEF); a Empresa Brasileira de Infraestrutura Aeroportuária (Infraero); e a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa).

Por fim, as sociedades de economia mista fazem parte da Administração indireta, entretanto, diferenciam-se das empresas públicas devido algumas peculiaridades: as sociedades de economia mista eventualmente prestam serviços públicos (na sua maioria exploram atividades econômicas); possuem maioria de capital público, não a totalidade; e devem ser organizadas sob a forma de sociedade anônima. Alguns exemplos de sociedades de economias mistas são: Eletrobrás, Banco do Brasil e Petrobras (PALUDO, 2013; MAZZA, 2014).

Em resumo, segundo Abrucio (1997) a Administração direta possui escassos padrões meritocráticos e oferece estabilidade profissional pouco promissora aos seus funcionários; enquanto que a Administração indireta é mais autônoma, com cargos, carreiras e salários melhores, além de oferecer maior flexibilidade e segurança aos colaboradores. Segundo o autor, qualquer alteração no sistema administrativo ou governamental que não leve em consideração tais peculiaridades pode aumentar as disparidades dentro desse modelo.

Portanto, apesar de um dos objetivos principais da reforma gerencial ter sido a modernização e a reestruturação da Administração Pública, há a necessidade do setor público brasileiro tomar conhecimento dos conceitos e aplicações de Estratégia. O planejamento adequado das ações públicas e o desenvolvimento de ferramentas de gestão capazes de auxiliar os gestores na tomada de decisão são essenciais para que esses implementem políticas eficientes, eficazes e efetivas (RIBEIRO, 2013).

2.2 Estratégia

O termo “estratégia” é frequentemente empregado no âmbito empresarial, midiático, acadêmico e no setor público (CAVALCANTI, 2005). Entretanto, por parecer um conceito de simples entendimento, pode ser feita de forma inadequada.

Segundo Fahey (1999), como a palavra estratégia, raras são aquelas utilizadas com tantos abusos no vocabulário das empresas, sendo mal definidas pelos gestores e comumente expostas a significados diversos. Muitos executivos experientes costumam gerar confusão até mesmo quando apresentam a estratégia das suas empresas (GONÇALVES, et al. 2006).

Por isso, torna-se importante que estudantes, gestores e empreendedores compreendam o conceito desse termo e o seu processo de formulação, implantação e adaptação (LOBATO, 2015).

A palavra *strategia*, significa em grego antigo as “qualidades e habilidades do general”, sendo deste termo originada a palavra estratégia que, nos dicionários, costuma receber definições ligadas a guerras, política ou jogos, onde dois ou mais contendores disputam um alvo (SERRA et al., 2015).

Vários autores conceituam estratégia fazendo analogias a jogos, guerras, evolução das espécies e arte, entretanto, deve-se atentar para que a simplificação do problema não acarrete uma generalização equivocada do termo (GONÇALVES, et al. 2006).

De acordo com Chandler (1962), um dos primeiros estudiosos sobre o tema, estratégia é a definição de metas e objetivos de longo prazo de uma organização, bem como o delineamento das ações e a destinação correta dos recursos para alcançar o que foi definido.

Kenichi Ohmae (1982), por sua vez, considerou que estratégia está intimamente ligada à vantagem competitiva, pois o seu objetivo é fazer com que uma empresa consiga uma margem sustentável perante o seu concorrente. Nesse mesmo sentido, para Porter (1989) o cerne da formulação de uma estratégia é lidar com a competição.

Wright, Kroll e Parnell (2000) a determinam como “planos da alta administração para alcançar resultados consistentes com a missão e os objetivos gerais da organização”. Assim também, segundo Johnson et al. (2011, p. 25), estratégia é “a orientação e o alcance de uma organização a longo prazo, que

conquista vantagens num ambiente inconsistente por meio da configuração de recursos e competências com o intuito de atender às expectativas dos *stakeholders*".

Ademais, estratégia é a maneira como uma organização atinge os seus objetivos, utilizando recursos limitados para garantir uma vantagem sobre os seus competidores (EVANS, 2013).

Não existe, por conseguinte, uma definição para estratégia plenamente aceita (CAMARGOS; DIAS, 2003). Vários estudiosos e mesmo dirigentes utilizam o termo de diferentes maneiras, de acordo com a sua aplicação em cada contexto. Por esse motivo, Mintzberg et al. (2006) apresenta cinco definições de estratégia:

- a) Como plano: a estratégia é considerada uma diretriz ou um conjunto de diretrizes para lidar com uma situação. A estratégia é definida de forma consciente e antes das ações que serão aplicadas, podendo ou não se realizar (estratégia pretendida ou deliberada);
- b) Como pretexto: a estratégia pode atuar como uma manobra, uma ameaça para ultrapassar um concorrente;
- c) Como padrão: a estratégia é "consistência no comportamento, pretendida ou não", um padrão na conduta de uma organização, que pode surgir sem que seja percebido (estratégia realizada ou emergente);
- d) Como posição: como uma organização está localizada no ambiente externo, em meio aos seus concorrentes;
- e) Como perspectiva: a visão da organização diante do mundo, a perspectiva coletiva dos seus integrantes, as intenções compartilhadas, os comportamentos comuns.

Assim, essas definições não se sobrepõem uma as outras, pelo contrário, se complementam e coadunam para o melhor entendimento do termo (MINTZBERG et al., 2006).

O conceito de estratégia, portanto, pode significar desde um conjunto de ações formuladas para uma devida ocasião, um posicionamento diante de um ambiente, até a razão de existência de uma organização (MEIRELLES; GONÇALVES, 2001).

Apesar dos muitos conceitos pesquisados, sabe-se que para uma organização alcançar seus objetivos é necessário sistematizar aquilo que será realizado. E essa organização concretiza-se por meio do Planejamento Estratégico (SERRA et al., 2015).

2.2.1 Planejamento Estratégico (PE)

O entendimento de Planejamento Estratégico nasceu da necessidade das organizações se planejarem, evitando surpresas dispendiosas, diante da velocidade das transformações que acontecem no ambiente (SILVA; GONÇALVES, 2011).

De acordo com Mintzberg (2004), a noção de PE passou a ser fortemente praticada a partir da década de 1960, quando virou obsessão entre as corporações norte-americanas. Todavia, segundo o mesmo autor, antes disso ocorrer, fez-se referência ao conceito nas obras de Sun Tzu, em 1971, e de Henri Fayol, em 1949. Desses anos até o momento atual, vários foram os autores que discutiram o tema e conceituam-no a partir de suas experiências.

De acordo com Oliveira (1991), o PE é uma ferramenta administrativa interligada à estratégia organizacional, pois sustenta a formulação e a implementação das estratégias definidas.

Fishmann e Almeida (1991, p. 25), definem planejamento estratégico como:

“(...) uma técnica administrativa que, através da análise do ambiente de uma organização, cria a consciência das suas oportunidades e ameaças, dos seus pontos fortes e fracos para o cumprimento da sua missão e, através desta consciência, estabelece o propósito de direção que a organização deverá seguir para aproveitar as oportunidades e reduzir riscos”.

Outro conceito, dado por Tiffany e Peterson (1998), é que o planejamento estratégico é uma ferramenta que fornece uma visão de futuro à organização por meio da análise do mercado, do setor de atuação, dos concorrentes, dos produtos e serviços fornecidos aos clientes, dentre outros fatores.

Kotler e Armstrong (2007), acreditam que o propósito do planejamento estratégico é adaptar os objetivos da empresa e suas potencialidades diante das alterações e oportunidades de mercado.

Para Mintzberg (2004, p. 39), “planejamento estratégico não pode ser sinônimo de formação de estratégia”. Igualmente, Mintzberg et al. (2006) complementam a ideia afirmando que o planejamento estratégico deve ser considerado não como um meio para criar estratégias, mas para programar uma estratégia já criada. Por esse motivo, estratégia e planejamento, apesar de serem conceitos distintos, devem coexistir na empresa, pois um antecede o outro (SERRA et al., 2015).

Nesse aspecto, vários estudiosos apoiam o pensamento de que formalizar e sistematizar uma estratégia é essencial para uma gestão de sucesso, gerando

melhorias de desempenho (ANSOFF; McDONNELL, 1993; PORTER, 1989, 2004; SERRA et al., 2015). De acordo com esses autores, um plano formal, com a alocação adequada dos recursos, é indispensável para que as organizações alcancem melhores resultados e atinjam os objetivos definidos.

Dessa forma, para que uma organização seja capaz de olhar para o futuro, aproveitando as oportunidades, prevenindo-se contra as ameaças e mantendo-se competitiva e bem-sucedida em um mundo globalizado, é imprescindível a existência de um planejamento estratégico bem formulado, com seriedade, continuidade e criatividade; caso contrário, a gestão estará apenas reagindo ao ambiente (SILVA; GONÇALVES, 2011).

Para que isso ocorra, necessita-se de uma metodologia que auxilie a formulação e a implementação do planejamento estratégico (TERENCE, 2002). Em seu estudo, esta última autora fez a análise de cinco metodologias de estratégia organizacional para a construção de um planejamento estratégico. Dentre essas metodologias, existem diferenças na ordem de apresentação do processo estratégico, mas há certo consenso quanto às fases e às atividades essenciais para o seu desenvolvimento. Assim, Terence (2002) define as principais etapas do planejamento estratégico como as seguintes:

- Visão geral da empresa: momento em que se define a missão, a visão e os valores da empresa, isto é, a razão de ser da empresa, onde se pretende chegar e os valores que nortearão as atividades desenvolvidas;
- Análise do ambiente interno e externo à empresa: identificação dos pontos fortes e fracos e das ameaças e oportunidades da organização;
- Definição dos objetivos e metas: etapa na qual há o detalhamento dos objetivos e das metas da empresa, bem como dos prazos e das responsabilidades;
- Elaboração do plano estratégico: ocasião na qual o plano de ação é elaborado, baseando-se na análise da estratégia da empresa, dos ambientes interno e externo e das metas e objetivos definidos;
- Implementação da estratégia: utilização dos recursos da organização para a execução das atividades concebidas no plano de ação;
- Controle e avaliação da estratégia adotada: esta fase consiste na mensuração do desempenho, isto é, na comparação dos resultados alcançados com os pretendidos, tomando decisões corretivas e demais ações para que os objetivos e as metas traçadas sejam alcançados.

Para Oliveira (2015) e Thompson e Strickland (2000), a etapa de controle exige a utilização de indicadores de desempenho e parâmetros de controle e avaliação. Além disso, segundo os autores, é aconselhável que esse monitoramento seja realizado antes, durante e depois da execução das ações, para que as práticas positivas sejam fortalecidas e as negativas suprimidas, visando ao alcance dos objetivos estabelecidos.

Posto isso, verifica-se a importância do uso de indicadores para a mensuração de desempenho das organizações, de modo que se possibilite um processo de tomada de decisão capaz de levá-las ao alcance dos seus objetivos estratégicos.

2.3 Sistemas de Mensuração de Desempenho Organizacional (SMDO)

No contexto atual de competitividade e de constantes mudanças no mercado, a avaliação de desempenho destaca-se como uma atividade fundamental para a gestão organizacional (NASCIMENTO et al., 2011). Isso porque uma das principais implicações dos indicadores de mensuração é fornecer informações de confiança para apoio ao processo de tomada de decisão (UKKO et. al, 2007).

Por isso, o segredo para alcançar um gerenciamento empresarial de alto nível está na medição contínua e consolidada do desempenho dos processos e dos resultados organizacionais (FERNANDES et al., 2006).

Sinteticamente, Neely e Adams (2000) apontam quatro funções da medição de desempenho: propiciar o acompanhamento da implementação das estratégias; comunicá-las internamente por todos os níveis; dar incentivo e estimular a execução dessas estratégias; e possibilitar a análise de dados e a correção de rota para alcance dos objetivos.

A operacionalização desse processo, por sua vez, se dá por meio dos indicadores de desempenho, considerados como “ferramentas de navegação” que buscam medir a performance do objeto de estudo (KIYAN, 2001). Isto é, além de evidenciar uma situação, os indicadores fornecem informações capazes de orientar os gestores.

Conforme Hourneaux Junior (2010), independentemente de qual seja o método utilizado, são os indicadores ou medidas de desempenho que permitem a prática da mensuração. Para esse estudioso, um indicador proporciona a

quantificação do desempenho, isto é, relaciona números aos fenômenos verificados, obedecendo a regras pré-estabelecidas.

Adicionalmente, para a Global Reporting Initiative (2006), os indicadores não apresentam apenas informações quantitativas, pois podem representar dados qualitativos a respeito dos resultados organizacionais e devem ser comparáveis e capazes de evidenciar as transformações ocorridas ao longo do tempo.

Indicadores, portanto, são parâmetros qualitativos (para verificar) e ou quantitativos (para medir) que permitem o entendimento sobre como os objetivos de uma organização são aspirados e alcançados, dentro de um período limitado e em uma condição específica (BULGACOV; BULGACOV; CANHADA, 2009).

Garcia (2008), do mesmo modo, considera que os indicadores de desempenho são formas de medição empregadas para aferir ou evidenciar alterações em uma realidade, pois fornecem dados das atividades realizadas para alcance dos objetivos de um projeto. De acordo com o autor, os indicadores contribuem para a observação, descrição e avaliação de estados atuais, bem como para a formulação de estados desejados. Assim, podem servir para comparar uma situação atual a uma desejada para o futuro.

Zilber e Fischmann (2002) e Callado et al. (2008) acrescentam que os indicadores de desempenho são um aglomerado de informações necessárias destinadas às equipes gerenciais para que estas possam gerir a competitividade da organização. Ambos autores afirmam que o uso de indicadores dá conhecimento e propriedade aos gestores durante a tomada de decisão, na qual, eventualmente, será possível retificar e readequar o processo vigente de gestão.

Por conseguinte, postas as principais funções e definições das medidas de desempenho, faz-se necessário observar algumas características que devem ser consideradas no momento da sua concepção. De acordo com Merchant (2006), os indicadores desse tipo devem:

- a) Estar em harmonia com os objetivos organizacionais, evitando que o processo de controle esteja em desacordo com as metas almejadas;
- b) Ser controláveis pelos gestores, que precisam ter autonomia para influenciar o indicador e adaptá-lo da melhor maneira;
- c) Ser oportunos, com efeito visível no curto ou médio prazo, para que as equipes não se desmotivem ao observar a falta de evolução do indicador;
- d) Ter objetividade, isto é, com foco e funções precisamente definidas;

- e) Ser facilmente compreendidos pelos gestores, os quais necessitam entender com exatidão o que está sendo medido;
- f) E obedecer a relação custo-benefício, ou seja, o ato de medir não pode ter um custo maior do que o benefício gerado com a mensuração.

Em complemento a essas características, Takashina e Flores (2004) apresentam os principais tipos de indicadores de desempenho, sendo eles: estratégicos (demonstram se a organização está em direção ao alcance da sua visão estratégica), de produtividade (indicam a relação entre o consumo de recursos e os resultados produzidos); de qualidade (dão ênfase à satisfação dos clientes e às especificações dos produtos e serviços), de efetividade (medem o impacto gerado pelos produtos e serviços), e de capacidade (aferem a relação entre os resultados obtidos por unidade de tempo).

Desse modo, indicadores bem construídos e com funções precisamente definidas podem ocasionar o sucesso de um sistema de mensuração de desempenho organizacional e, conseqüentemente, o alcance dos objetivos desejados (NASCIMENTO et al., 2011). Isto é, quando o sistema de avaliação de desempenho possui medidas bem estruturadas e relacionadas à estratégia empresarial, o processo de tomada de decisão dos gestores se torna mais efetivo.

2.3.1 Evolução das Medidas de Desempenho

Para melhor compreensão dos Sistemas de Mensuração de Desempenho Organizacional (SMDOs) atualmente empregados nas organizações, faz-se necessário entender como as medidas de desempenho evoluíram no decorrer dos anos.

De acordo com Hora e Vieira (2008), a mensuração de desempenho dentro das organizações pode ser entendida em dois momentos históricos. O primeiro teve início aproximadamente em 1880, no contexto da produção em massa, e estava fundamentado em relatórios e medidas de natureza financeira. Os SMDOs desse período são considerados de primeira geração.

A partir do final da década de 1980, conforme os mesmos autores, passou-se a dar destaque às medidas não-financeiras, baseadas nos ativos intangíveis das organizações. Os sistemas desse tipo são denominados de segunda geração.

Em Nascimento et al. (2011), vê-se que primeira fase da medição de desempenho teve como berço a área contábil das organizações, pois era o setor de contabilidade o responsável por apresentar as medidas que fundamentavam o processo de decisão, como o retorno sobre o investimento e o lucro operacional.

Essas medidas serviam para que os proprietários dos negócios avaliassem o desempenho dos seus gestores, pois nessa época os donos das empresas deixaram gradualmente de gerenciá-las e contrataram profissionais específicos para isso (CORRÊA; CORRÊA, 2012).

Ainda segundo esses autores, embora tenham atendido às expectativas dos empresários por certo tempo, os indicadores de natureza financeira apresentaram falhas no contexto de crescente modernização dos anos 80. Dentre essas inconsistências estão:

- a) Demonstrem qual o resultado das atividades realizadas, mas não indicam como isso foi atingido ou como pode ser melhorado;
- b) Incentivam a preferência por investimentos que forneçam retorno no curto prazo, ainda que no longo prazo possam não ter o mesmo sucesso;
- c) Não estão relacionadas à estratégia organizacional, pois fatores como qualidade, satisfação dos clientes, pontualidade de entrega ou velocidade no atendimento são deixados de lado;
- d) Estimulam melhorias locais, sem considerar o impacto que podem gerar em outras áreas da organização;
- e) Encorajam os gestores a buscar metas esporádicas ao invés da melhoria contínua;
- f) E não fornecem informações sobre como os clientes veem a organização perante os concorrentes.

Em adição a isso, Niven (2002) aponta algumas críticas contra o excessivo uso de medidas financeiras. Para o autor, essas medidas não são condizentes com a realidade moderna dos negócios, pois conduzem as organizações a partir da observação de um “espelho retrovisor” e sacrificam a lógica do longo prazo. Além disso, não são relevantes nem entendidas por muitos níveis da organização.

Nesse contexto, portanto, as medidas tradicionais de desempenho não mais atendiam às reais necessidades das organizações e às mudanças conjunturais do mercado (HORA; VIERA, 2008). Passou-se, então, a se exigir dos gestores uma preocupação com indicadores ligados à satisfação e retenção dos clientes, qualidade

dos produtos e serviços, participação no mercado, inovação, habilidades dos funcionários, dentre outros (AHMAD; ZABRI, 2016).

Apesar dessas medidas não possuírem caráter contábil, em uma análise mais ampla, podem afetar benéficamente os resultados financeiros, como a rentabilidade e a lucratividade (ITTNER; LARCKER, 2003). Isso porque referem-se aos aspectos intangíveis da organização (tais como os concorrentes, os fornecedores, os clientes e o capital humano e tecnológico) que são essenciais para uma empresa ter sucesso (PUNNIYAMOORTHY; MURALI, 2008).

De acordo com Bernard (1999), o aumento do emprego de indicadores não financeiros está ligado à incompetência, por parte das medidas financeiras, de proverem todas as informações indispensáveis para se gerir uma empresa no mercado competitivo. Na atualidade, as decisões abarcam uma qualidade e quantidade maior de variáveis (MIRANDA; SILVA, 2002).

Para Olve et al. (2001), as medidas não financeiras são importantes pelo fato de muitas vezes não ser percebido, de imediato, o impacto das ações realizadas nos indicadores financeiros.

Conquanto as medidas financeiras contenham algumas incoerências apontadas por vários estudos, elas não devem ser abolidas no processo de avaliação de desempenho, pois são os resultados financeiros que demonstram os efeitos concretos das outras medidas (CALLADO; CALLADO; ALMEIDA, 2008).

Por esses motivos, em meados da década de 1980, houve uma crescente necessidade de realizar a mensuração de desempenho das organizações por meio de sistemas de medição mais estruturados, dinâmicos e integrados com a estratégia organizacional (BITITCI; TURNER; BEGEMANN, 2003). Isto é, que considerassem harmonicamente os aspectos financeiros e não financeiros diretamente relacionados à estratégia das empresas (CORRÊA; CORRÊA, 2012).

Nesse contexto, inúmeros métodos, ferramentas e técnicas surgiram a partir desse período, buscando impulsionar programas de mudança e fornecer aos gestores formas de monitorar as lacunas de desempenho (KIYAN, 2001; SMULOWITZ, 2015).

Porém, devido à abundância de opções emergentes, um dos maiores problemas enfrentados pelos agentes de mudança passou a ser a escolha do método de mensuração de desempenho e controle gerencial mais apropriado para a realidade de cada organização (AGUIAR; FREZATTI, 2007). Isto é, capaz de se adequar ao

contexto estratégico de atuação da empresa e promover consequências positivas no desempenho organizacional.

De acordo com estudos sobre o tema (ITTNER; LARCKER, 2003; PRIETO et al., 2006; HORA; VIERA, 2008; MORAN et al., 2012) os principais métodos referenciados pela academia e utilizados pelas empresas em âmbito mundial nas últimas décadas são: o *Balanced Scorecard* (KAPLAN; NORTON, 1996); o Modelo Delta (HAX; WILDE II, 2000); e o *Performance Prism* (NEELY; ADAMS, 2000). Nacionalmente, além dos anteriores, há o uso do Modelo de Excelência da Gestão, criado em 2001 pela Fundação Nacional da Qualidade (FNQ, 2014a).

Os subtópicos a seguir explanam as principais características dos SMDOs mais referenciados em estudos científicos e utilizados pelas organizações nas últimas décadas. O objetivo não é detalhar exaustivamente os métodos selecionados pela pesquisa, mas proporcionar o entendimento das suas principais características, dimensões e aplicações. Isso proporcionará a seleção do modelo que mais se adequa à realidade estratégica da fundação hospitalar que é objeto deste estudo.

Para melhor compreensão, essas metodologias serão apresentadas a seguir em ordem cronológica, com suas principais aplicações e particularidades.

2.3.1.1 *Balanced Scorecard (BSC)*

O *Balanced Scorecard (BSC)* é uma metodologia de mensuração de desempenho que foi cunhada por Robert Kaplan e David Norton (1992) com base em pesquisas realizadas por esses estudiosos em diversas empresas. Nessas pesquisas, observou-se que os indicadores financeiros de desempenho, comumente utilizados por muitos empresários, não atendiam às necessidades das organizações de gerarem valor aos seus clientes a partir de ativos intangíveis (PINTO, 2005). Assim, com o objetivo de aplicar tanto medidas financeiras quanto medidas não financeiras às estratégias empresariais, surgiu o BSC (FERNANDES et al., 2006; CALLADO, et al., 2013).

Para Kaplan e Norton (1997), os indicadores financeiros são impróprios para nortear e avaliar os direcionamentos da empresa em um ambiente de competição acirrada, pois são indicadores eventuais. Isto é, contam apenas parte das ações passadas e não orientam os gestores para gerar valor financeiro futuro. Por isso, para

os autores, torna-se necessária a utilização de medidas não-financeiras em concomitância às anteriores.

Sawalqa, Holloway e Alam (2011) afirmam, entretanto, que o fato de uma organização utilizar indicadores financeiros e não financeiros de desempenho não significa que esta empresa seja adepta ao BSC.

As medidas e os objetivos empregados pelo BSC não estão restringidos a um conjunto incerto de indicadores de desempenho financeiros e não financeiros, pois resultam de um processo hierárquico orientado pela missão e pela estratégia de uma organização (RIBEIRO, 2008).

O BSC, assim sendo, deve demonstrar a missão e a estratégia empresariais com objetivos e medidas palpáveis, que representem o balanceamento entre indicadores externos, focados nos acionistas e clientes, e medidas internas, voltadas aos processos críticos, à inovação, e ao aprendizado e crescimento (CALLADO et al., 2013). Portanto, procura pôr em prática a estratégia de longo prazo com o emprego de indicadores coerentes, atrelando-a aos objetivos de médio e curto prazo.

Traduzindo o termo *Balanced Scorecard* tem-se que *scorecard* significa “cartão para registro de resultados”, em inglês; e *balanced* significa “balanceado” ou “equilibrado” (SERRA et al., 2015). Entende-se, então, a característica elementar desse modelo: uma ferramenta que busca executar a estratégia organizacional por meio do equilíbrio entre indicadores de desempenho.

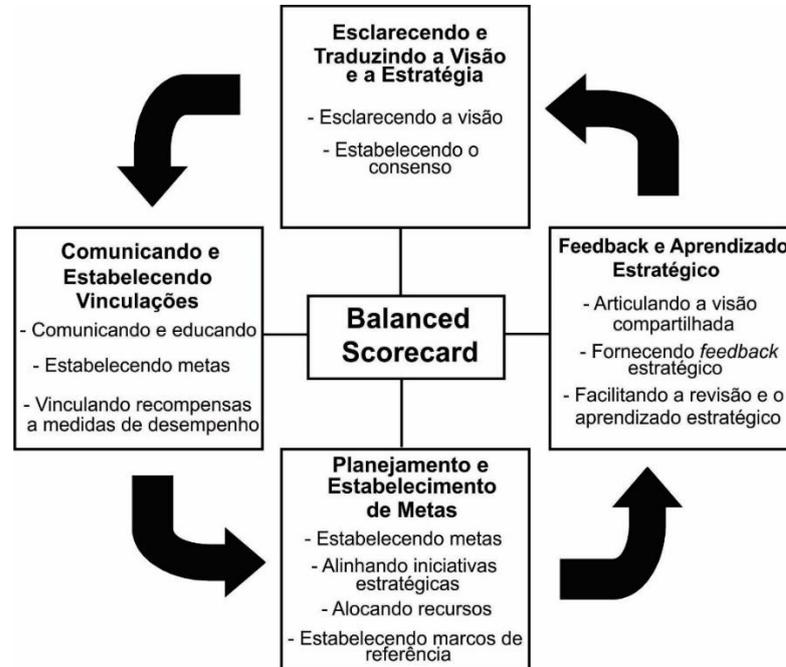
Assim, inicialmente idealizado como um sistema de avaliação de desempenho, em passo acelerado passou a ser estimado como uma relevante ferramenta de Gestão Estratégica (QUESADO; MACEDO, 2010; TROTTA et. al, 2013), pois auxilia as organizações na construção da sua visão, traduzindo-a em ações específicas (CREAMER; FREUND, 2010) e em medidas de desempenho que podem ser entendidas facilmente por todos os níveis da organização, que poderão contribuir fortemente para o alcance dos objetivos e metas estabelecidos (PAPINI, 2015).

Desse modo, o BSC transcreve as estratégias, muitas vezes nebulosas, em roteiros a serem seguidos pelos funcionários, detalhando as ações principais e estabelecendo relações de causa e efeito entre os objetivos (DAVIS; ALBRIGHT, 2004).

Em resumo, de acordo com a Figura 1 (dos idealizadores do método), o BSC ajuda a “esclarecer e traduzir a visão e a estratégia; comunicar e associar objetivos e

medidas estratégicas; planejar, estabelecer metas e alinhar iniciativas estratégicas; e melhorar o feedback e o aprendizado estratégico” (KAPLAN; NORTON, 1997, p. 10-11).

Figura 1: *Balanced Scorecard* como Sistema de Gestão Estratégica



Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (1997, p. 12)

Isto é, apresenta-se a visão estratégica e, em seguida, são comunicados os objetivos e recompensas; esses são usados para estabelecer as metas, alocar os recursos e determinar os pontos de referência; e, posteriormente, os resultados gerados fornecem feedback estratégico e oportunidades de aprendizado para que a visão estratégica seja reexaminada (OLVE et al., 2001).

Ainda segundo Kaplan e Norton (1997), existem quatro etapas para a construção de um BSC:

- definição da arquitetura de indicadores: envolve a seleção da organização e a definição dos principais temas corporativos;
- consenso em função dos objetivos estratégicos: etapa na qual são realizadas entrevistas estruturadas com cada gestor a fim de comunicar os conceitos do BSC, obter informações sobre a estratégia organizacional e traduzi-la em objetivos (para cada perspectiva) e em indicadores (para cada objetivo) primários, sugerindo-se *wokshop* para isso;
- escolha e elaboração dos indicadores: momento no qual se refina a descrição dos objetivos estratégicos; identificam-se os melhores

indicadores que traduzem e comunicam a intenção do objetivo; determina-se as fontes de informações necessárias e como os indicadores serão mensurados; identificam-se as relações críticas entre os indicadores de cada perspectiva; e concebe-se o modelo gráfico de como esses indicadores se inter-relacionam dentro de cada perspectiva e elas. Nesta etapa é sugerido, igualmente, a realização de um *workshop* com a gestão;

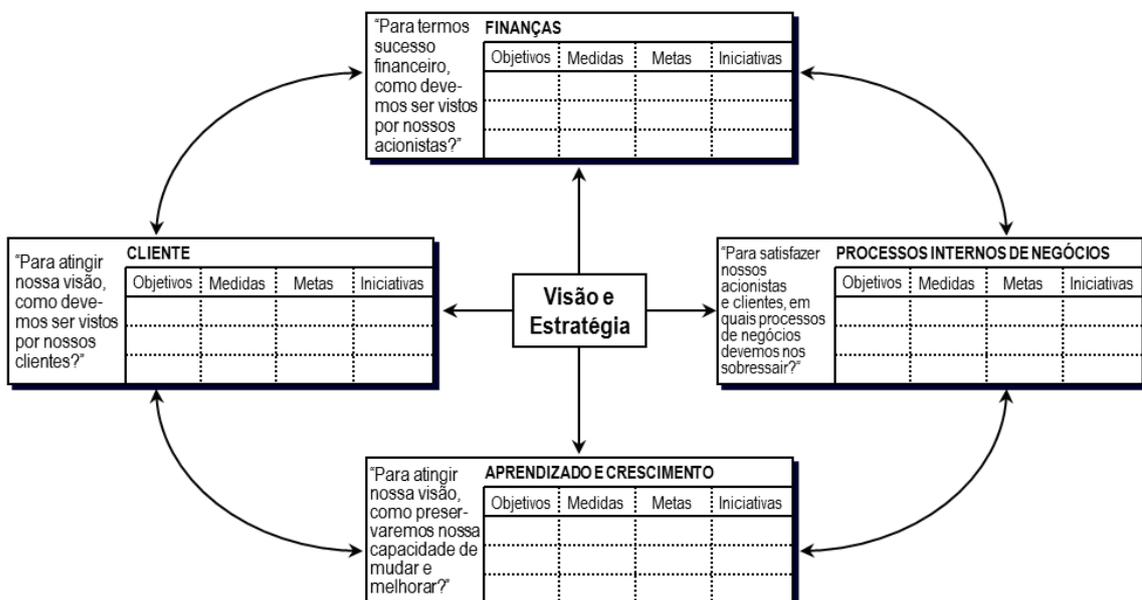
d) elaboração do plano de implementação: fase que define como os *scorecards* serão implementados, incluindo a forma como se ligarão ao banco de dados e ao sistema de informação da organização.

A partir de trabalhos realizados em várias organizações e de pesquisas sobre as melhores práticas de uso do BSC, Niven (2002) complementa que esse método pode ser considerado um sistema de medição, de gestão estratégica e, inclusive, uma ferramenta de comunicação. Davis e Albright (2004) concordam com o autor ao afirmarem que o BSC atua como um meio de comunicar as iniciativas estratégicas de longo prazo para todas as unidades de negócio.

Para ser capaz de cumprir tais objetivos, essa metodologia relaciona aspectos ligados às finanças, aos clientes, aos processos internos e ao aprendizado e crescimento da organização (HUANG, 2009). Essas quatro perspectivas geram as relações de causa e efeito entre as medidas de desempenho.

Para Kaplan e Norton (1997), a estrutura do BSC para a transformação da estratégia em ações pode ser representada pela Figura 2.

Figura 2: Estrutura do BSC



Fonte: Kaplan e Norton (1997, p.10)

Para Gameiro (2011), elas permitem o balanceamento entre os objetivos de longo, médio e curto prazo, dando uma visão ampla do negócio. Ou seja, as quatro perspectivas facilitam o equilíbrio entre as partes interessadas, pois, enquanto alguns indicadores observam o presente, outros vislumbram o futuro.

Segundo Bhagwat e Sharma (2007), as quatro perspectivas devem ser traduzidas em medidas que apresentem metas e objetivos estratégicos adequados e, ainda, devem ser revistas periodicamente de acordo com a necessidade da organização.

Para o alcance da missão estratégica, cada uma das quatro perspectivas deve relacionar-se a objetivos que trabalhem de forma integrada, pois quando um deles não for atingido, outra perspectiva será impactada por essa falha de funcionamento (HUANG, 2009).

A **perspectiva financeira** liga a organização aos seus acionistas, de modo que a atenção desses sócios se mantenha voltada para o negócio e os seus interesses financeiros permaneçam ativos (CHAVAN, 2009). Para isso, são criados indicadores voltados à avaliação de risco e ao custo-benefício, como rentabilidade, liquidez, retorno sobre o capital investido, aumento do valor para os acionistas, nível de utilização dos ativos da empresa e vendas, dentre outros (ROSSONI, 2011).

Do mesmo modo, a perspectiva financeira dá ênfase aos objetivos de longo prazo da organização relacionados ao aumento da receita e à melhoria da produtividade, observando se a estratégia da empresa está cooperando para a melhoria dos resultados financeiros (PIETRO, 2006; CREAMER; FREUND, 2010).

De tal forma, o desempenho da perspectiva financeira é proporcional à performance das outras três (WOODS; GRUBNIC, 2008). Isso porque os objetivos financeiros servem como alvo para as demais perspectivas, com relações de causa e efeito entre elas, a fim de que no longo prazo haja um desempenho financeiro sustentável (CEBECI, 2009).

Por sua vez, a **perspectiva dos clientes** enfatiza os clientes da organização, peças fundamentais para a geração de receitas por meio de serviços com relevante valor agregado (ASOSHEH, *et. al* 2010).

O baixo desempenho dessa medida pode representar o futuro declínio da empresa, pois os clientes poderão procurar novos fornecedores caso não tenham suas necessidades atendidas (BIGLIARDI; BOTTANI, 2010).

De acordo com Niven (2002), essa perspectiva apresenta muitos desafios às organizações, pois boa parte delas diz ter clientes-alvos, mas faz ações generalistas para todos eles. Segundo o autor, essa falta de foco pode impedir que uma empresa se destaque diante dos seus adversários, correndo o risco de perder sua clientela.

Sendo assim, o BSC requer que os gestores traduzam a missão da empresa em medidas relacionadas aos fatores que efetivamente interessem aos clientes (KAPLAN; NORTON, 2005; PIETRO, 2006). Portanto, as medidas definidas para essa perspectiva podem abordar as características dos produtos e serviços, o relacionamento cliente versus empresa, a reputação e a imagem da organização perante os consumidores, o *marketshare*, o crescimento da carteira de clientes, a retenção, a lucratividade e a satisfação dos consumidores (CHAVAN, 2009).

A oferta de valor, definida por Kaplan e Norton (2001) como um mix ímpar de produtos, serviços, preço, relacionamento e imagem proporcionados pelo fornecedor aos seus clientes, é um conceito essencial para o entendimento daquilo que leva à satisfação, aquisição e retenção de clientes e da participação no mercado (COSTA, 2009).

Na **perspectiva dos processos internos**, por sua vez, as organizações verificam quais processos são críticos para o alcance dos objetivos das perspectivas anteriores (ROSSONI, 2011). Esses processos devem gerar condições para que a empresa forneça valor aos clientes e acionistas (PIETRO, 2006).

Para Kaplan e Norton (2005) e Asosheh et. al (2010), essas medidas devem partir dos processos de negócio que têm maior impacto na satisfação do cliente, como o *leadtime*, a qualidade, as habilidades dos funcionários e a produtividade.

Além disso, segundo Bigliardi e Bottani (2010), os indicadores gerados nessa perspectiva permitem o conhecimento dos gestores acerca do funcionamento do negócio. Ou seja, se os requisitos do cliente estão conformes.

A perspectiva dos processos internos, portanto, busca identificar e entender os métodos produtivos da organização que verdadeiramente são os principais responsáveis pela geração de valor aos clientes e acionistas (COSTA, 2009).

Por fim, a quarta perspectiva é **de aprendizado e crescimento**, considerada a base do *Balanced Scorecard* (CREAMER; FREUND, 2010). Isso porque, apenas por meio da geração de novos produtos e serviços, do valor para os clientes e do desenvolvimento operacional contínuo uma organização pode adentrar em novos mercados e aumentar suas receitas (KAPLAN; NORTON, 2005).

Nesta perspectiva, são identificados os suportes tecnológicos, de capital e humanos para que a empresa se desenvolva e são definidos os ativos intangíveis de uma organização e o seu papel na execução da estratégia (COSTA, 2009). Nesse sentido, as organizações devem melhorar suas competências para entregar valor aos seus *stakeholders* (ASOSHEH, *et. al* 2010).

Para isso, torna-se necessário a capacitação da organização por meio de investimentos em novos equipamentos, em P&D (Pesquisa e Desenvolvimento) de novos produtos, em sistemas e procedimentos de gestão e comunicação e nos próprios colaboradores da empresa (KAPLAN; NORTON, 2004).

Segundo Bigliardi e Bottani (2010), esse aspecto visa possibilitar o alcance dos objetivos definidos nas demais perspectivas, o que será possível por meio do treinamento dos funcionários e da cultura corporativa ligada ao desenvolvimento empresarial.

Posto isto, de maneira unificada, o BSC transforma habilidades, conhecimentos e sistemas necessários aos funcionários (aprendizado e crescimento), em competências estratégicas eficientes (processos internos) capazes de gerar valor ao mercado (clientes) e proporcionar rentabilidade aos acionistas (financeira) (PIETRO, 2006).

Figura 3: Analogia da Árvore - Perspectivas do *Balanced Scorecard*



Fonte: Baseado em Niven (2002).

As perspectivas, assim sendo, conforme a Figura 3, atuam como uma árvore: a perspectiva de aprendizado e crescimento são as raízes; os processos internos são o tronco; a perspectiva dos clientes são os ramos; e a perspectiva financeira é representada pelas folhas (NIVEN, 2002). Segundo este autor, cada uma depende das subsequentes e das anteriores, como num ciclo natural, onde as folhas caem

fertilizando o solo e, conseqüentemente, a raiz, estimulando o crescimento e a nutrição da árvore.

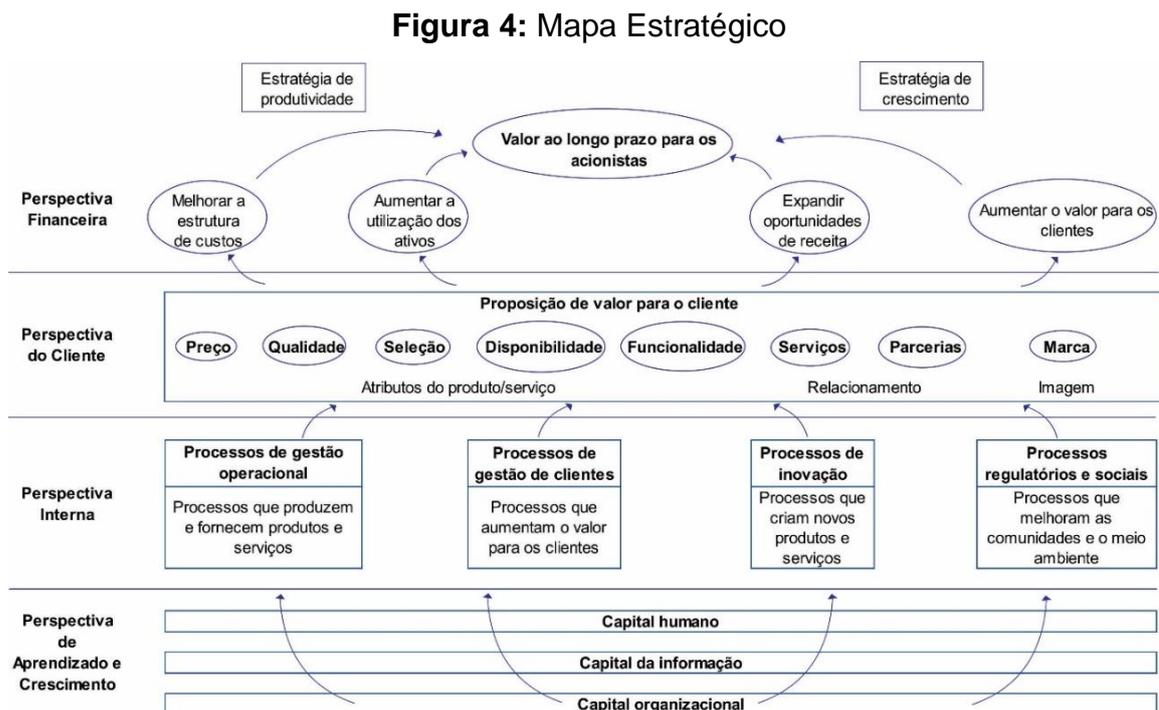
O BSC, destarte, é uma ferramenta de gestão empregada em organizações com e sem fins lucrativos em todo o mundo para alinhar processos rotineiros à missão estratégica, aprimorar a comunicação interna e externa e a performance organizacional em busca dos objetivos definidos (GITINEJAD; KERAMATIB, 2014).

Conforme os conceitos citados, o emprego do BSC gerou várias experiências que proporcionaram o seu desenvolvimento. Os mapas estratégicos surgiram nesse processo de evolução como ferramentas gráficas que sugerem que não se pode gerenciar o que não se mede, nem medir o que não se pode descrever (KAPLAN; NORTON, 2004).

2.3.1.1.1 Mapas Estratégicos

A implementação do BSC sugere a utilização de mapas estratégicos que permitem compreender as relações de causa e efeito entre os objetivos estratégicos das perspectivas e observar a estratégia graficamente (RIBEIRO, 2008).

A Figura 4 apresenta um mapa estratégico genérico elaborado por Kaplan e Norton (2004) a partir das quatro perspectivas do BSC, como fruto da evolução do modelo.



Fonte: Kaplan e Norton (2004, p. 11)

Para Irwin (2002), o objetivo do mapa estratégico é simples: mostrar como várias atividades diferentes podem ser interligadas para permitir que uma organização realize a sua visão estratégica.

Para sua construção, realiza-se a análise da missão e dos valores necessários para que a organização alcance a sua visão estratégica. Em seguida, determina-se como alcançá-la, resultando na concepção do mapa estratégico (ROSSONI, 2011).

Dessa forma, o mapa evidencia aos funcionários como suas funções se interligam aos objetivos da organização, incentivando-os a atuar de maneira alinhada com as metas da empresa (SILVA; ROCHA, 2015).

Os mapas estratégicos, assim como toda a metodologia BSC, podem ser aplicados tanto ao setor privado quanto ao setor público, garantidas as devidas adaptações. Essa ferramenta de gestão ganha destaque nessa esfera, onde os gestores cada vez mais se sentem pressionados pela sociedade que clama por eficiência no uso dos recursos públicos e demanda serviços de qualidade (FERNANDES, 2013).

2.3.1.1.2 Balanced Scorecard adaptado ao Setor Público

O BSC surge no âmbito público para auxiliar as organizações públicas e sem fins lucrativos no uso coerente de medidas não financeiras, capazes de avaliar os serviços prestados à população (KAPLAN, 2010).

Inicialmente idealizado como ferramenta de gestão destinada às empresas com fins lucrativos, o *Balanced Scorecard* é um instrumento com potencial para melhorar, igualmente, o desempenho de entidades governamentais, nas quais as finanças são uma limitação e não um objetivo (RIBEIRO, 2008).

Apesar dos dois setores (público e privado) se preocuparem em satisfazer seus clientes, há diferenças quanto ao perfil desses clientes e quanto à intensidade das ações realizadas e metas definidas (FELIX et al., 2014). Isto é, diferentes tipos de organizações têm comportamentos e necessidades distintas.

Para Kaplan (2008) e Matias-Pereira (2009), para que o BSC seja inteiramente utilizado na Administração Pública, o entendimento das suas perspectivas deve ser adaptado, de modo que as peculiaridades inerentes à esfera pública sejam resguardadas. Pois, se por um lado o setor privado dá prioridade ao

lucro e à racionalidade gerencial, por outro, o setor público busca atender às necessidades da sociedade, harmonizando gestão, legalidade e responsabilidade social (FERNANDES, 2013).

Niven (2011) apresenta um modelo de adaptação do BSC às organizações públicas e sem fins lucrativos, de acordo com a Figura 5.

Figura 5: Modelo de BSC aplicado às organizações públicas e sem fins lucrativos



Fonte: Adaptado de Niven (2011)

Segundo Niven (2011), as principais características desse modelo referem-se aos seguintes aspectos:

- A missão se desloca para a parte superior do BSC, pois o objetivo de todas as medidas deixa de ser o desempenho financeiro e passa a ser a missão organizacional;

- A estratégia permanece no centro do BSC, visto que as organizações públicas e sem fins lucrativos precisam definir uma estratégia, com um conjunto de prioridades a serem seguidas, para que a missão seja alcançada;

- A perspectiva dos clientes é elevada na esfera pública, pois, nesse setor, seguir a missão organizacional significa determinar quem se pretende servir e como esses clientes podem ser melhor atendidos;

- A perspectiva financeira permanece presente, já que nenhum BSC está completo sem a perspectiva financeira e nenhuma organização pública ou privada

consegue atender às necessidades dos clientes sem recursos. No âmbito público, as finanças atuam como facilitadoras de sucesso dos clientes ou como restrições de operação;

- Na perspectiva interna, devem ser priorizados os processos que geram maior valor aos clientes;

- A perspectiva de aprendizado e crescimento segue como a base para a construção de um BSC bem estruturado, dado que, na esfera pública, são as habilidades, as competências, o fluxo de informações, o clima organizacional e a infraestrutura que levam à prestação dos serviços sociais;

Posto isso, bem como as adaptações do BSC ao serviço público, essa ferramenta pode ser ajustada à área da saúde.

2.3.1.1.3 Balanced Scorecard adaptado à Saúde Pública

Alguns fatos relevantes, como o aumento da expectativa de vida da população, o desenvolvimento tecnológico e a pressão política pela redução das despesas públicas, ocasionam a reavaliação dos planos operacionais e estratégicos pelos gestores da área da saúde (QUESADO; MACEDO, 2010). Por esse motivo, novas técnicas de gestão passam a ser utilizadas para melhorar a qualidade e a efetividade dos serviços prestados aos cidadãos.

Cruz (2005) considera o BSC uma metodologia benéfica ao apoio da gestão hospitalar por relacionar o aspecto financeiro aos processos internos, aos pacientes e ao desenvolvimento dos colaboradores. Além disso, segundo Matos (2006), a ferramenta gera informações necessárias e coerentes por meio dos indicadores de desempenho.

O primeiro artigo sobre o emprego do BSC no setor da saúde é de Griffith (1994), que deu ênfase à necessidade dos prestadores de saúde buscarem sistemas de mensuração de desempenho multidimensionais para que a missão organizacional fosse alcançada.

Todavia, para Andrade e Inácio (2008), esse tema ainda é pouco explorado por estudiosos brasileiros, principalmente devido às peculiaridades de adaptação do BSC ao setor de saúde. Segundo os autores, pesquisas de campo nesse sentido são necessárias para que o conhecimento e a prática dessa ferramenta sejam ampliados, como em outros países.

Na Espanha, Gil (2010) investigou mais de duas centenas de hospitais públicos, examinando a relação entre o perfil dos gestores e a utilização de metodologias de gestão como o *Balanced Scorecard*. O estudo concluiu que há uma boa relação entre o emprego do BSC e a execução de estratégias centradas na melhor flexibilidade dos serviços e na redução dos custos dos hospitais.

Da mesma forma, Kollberg e Elg (2011) estudaram as particularidades do BSC em diferentes níveis hierárquicos de três organizações de saúde suecas. Observaram que o *Balanced Scorecard* é usado como ferramenta de gestão e, igualmente, como instrumento de comunicação interna.

Por sua vez, Rabbani et al. (2011) pesquisaram o uso do BSC em quatro clínicas paquistanesas. Verificou-se que a aplicação dessa ferramenta em hospitais busca assegurar a missão estratégica, uma cultura organizacional participativa, o apoio às lideranças, o reconhecimento apropriado aos colaboradores e a sensibilização sobre as vantagens do BSC.

Portanto, embora ainda incipiente no Brasil, o *Balanced Scorecard* tem sido gradativamente empregado em organizações de saúde de diversas partes do mundo, pois utiliza variadas dimensões para gerenciar a complexidade dessas instituições (TROTTA, 2013).

Ribeiro (2008) considera que o BSC é uma opção viável para os sistemas tradicionais de gestão hospitalar, pois, ao mesmo tempo em que admite o controle do orçamento e das limitações financeiras, a ferramenta reafirma a necessidade da eficiente utilização de todos os recursos para que a organização atinja sua missão estratégica. Entretanto, segundo o mesmo autor, o seu emprego em hospitais públicos precisa de algumas adequações à realidade e aos objetivos peculiares destas organizações. A Figura 6 apresenta o modelo criado pelo autor para representar tal adaptação.

Conforme o modelo, na perspectiva dos clientes, procura-se avaliar o nível de satisfação do grupo de interessados (pacientes, governo, comunidade e colaboradores); na perspectiva financeira, busca-se a utilização eficiente e eficaz de todos os recursos, pois nos hospitais públicos e sem fins lucrativos a melhoria na sua utilização deve ser prioridade; a perspectiva dos processos internos pretende identificar os processos críticos capazes de gerar maior valor para os clientes; e a perspectiva de aprendizado e crescimento preocupa-se com o desenvolvimento

contínuo dos colaboradores, dos métodos, produtos e serviços inovadores (RIBEIRO, 2008).

Figura 6: *Balanced Scorecard* adaptado ao setor público de saúde



Fonte: Adaptado de Ribeiro (2008).

No entanto, para que todos esses benefícios sejam obtidos com o uso do BSC, deve-se atentar para as dificuldades que Silva e Prochnik (2005) relataram sobre a aplicação da ferramenta em instituições hospitalares. Segundo os autores, ainda que os hospitais estejam acostumados a utilizar indicadores, há problemas na vinculação desses ao planejamento estratégico; há um desbalanceamento entre o número de indicadores qualitativos e quantitativos; os sistemas de informação utilizados nessas organizações são muito deficitários; e as constantes mudanças na regulação aplicável gera desorganização entre médicos e administradores. Portanto, todos esses fatores devem ser levados em consideração o objetivo é empregar o BSC em uma organização do setor de saúde.

2.3.1.1.4 Vantagens e Limitações do BSC

Kaplan e Norton (1996) sugerem como principais vantagens do BSC: a flexibilidade do modelo; a possibilidade de monitorar continuamente o planejamento estratégico; a inter-relação entre objetivos, planejamento estratégico e indicadores de desempenho; a facilidade de alinhar a estratégia ao planejamento; a consideração de

diferentes grupos de interesse conforme o tipo de organização; a comunicação da estratégia por todos os níveis institucionais; e o direcionamento das ações de melhoria.

Mesquita e Quesado (2013), ademais, expõem em seus estudos outros benefícios da ferramenta, tais como: o foco em medidas de curto e médio prazo para o alcance de objetivos de longo prazo; a avaliação de desempenho e o processo de tomada de decisão facilitados por informações bem estruturadas e em conformidade com a estratégia; a partilha de boas práticas promovida por meio dos processos de comunicação; a identificação antecipada dos pontos críticos que poderão impactar os resultados financeiros.

Em complemento a esses pontos favoráveis, Crispim e Lugoboni (2012) citam ainda como vantagens do modelo: a lógica convincente; os casos de sucesso da aplicabilidade do modelo, reforçando a literatura existente; a correlação entre indicadores e a performance financeira; as relações de causa e efeito entre as perspectivas e seus respectivos indicadores de desempenho; a funcionalidade do método na formulação das ações estratégicas e no comprometimento interno.

Apesar desses fatores positivos, o *Balanced Scorecard* é alvo de várias críticas de estudiosos do tema. Kenny (2003), por exemplo, afirma que o modelo só obteve sucesso devido aos seguintes fatores: momento apropriado de sua publicação; ter um acadêmico como um dos autores; grande repercussão da publicação feita na *Harvard Business Review*; célere adoção do método por executivos e empresas de software; considerável atenção dada por consultores e contadores.

Além disso, Norreklit (2000) critica outros fatores ligados ao método. Para o autor, primeiramente, é problemática a falta da dimensão tempo nas relações de causa e efeito. Ou seja, segundo ele, é necessário definir o período de tempo para o alcance dos resultados de acordo com cada perspectiva e empresa.

Outro apontamento realizado pelo mesmo autor diz respeito à falta de relação de causa e efeito entre satisfação dos clientes e melhores resultados financeiros. Conforme esse estudioso, a não satisfação dos clientes pode impactar os resultados financeiros da organização, mas não necessariamente (nem provavelmente) a satisfação dos clientes levará ao sucesso financeiro, posto que muitas variáveis podem influenciar essa situação.

Por fim, Norreklit (2000) complementa que as relações entre as perspectivas (aprendizado e crescimento, processos internos, clientes e finanças) não são de

causa e efeito, mas sim de interdependência, pois a influência entre as medidas não é unidirecional.

Lopes (2013), afinal, acrescenta como crítica ao modelo a descrição mecanicista que o BSC sugere a respeito do seu processo de implantação. Para o autor, as instruções lineares pré-definidas (dadas às organizações que pretendem adotar o modelo) não podem ser universalmente utilizadas, pois cada empresa é um sistema único, com características próprias e necessidades distintas. Essa talvez, segundo o autor, seja uma das causas de, muitas vezes, o processo de implementação do BSC ser falho.

2.3.1.2 Modelo Delta

O Modelo Delta, elaborado por Hax e Wilde II no final da década de noventa e início dos anos 2000, buscou evidenciar que a estrutura de competição do mercado proposta por Porter (baixo custo e diferenciação) não compreende a totalidade de formas pelas quais as organizações competem no cenário atual (HAX; WILDE II, 2000).

O modelo resultou de uma pesquisa em dados de mais de 100 organizações multinacionais inseridas na nova conjuntura competitiva do mercado e contou com a participação de aproximadamente 30 CEO's de variadas corporações (TOLEDO et al., 2007).

Segundo Belmiro e Piscopo (2006), esse método foi concebido para ser um modelo de gestão estratégica mais delineado e apropriado para economias complexas, interconectadas e repletas de consumidores com maior acesso a informações e poder de decisão. Isso foi necessário, segundo os mesmos autores, pelo fato dos SMDOs até então existentes não antevirem as transformações sociais e tecnológicas ocorridas, nem reduzirem o espaço entre clientes e fornecedores.

Em adição, para Ferreira (2012b), esse método propõe técnicas que auxiliam os gestores a se adaptarem a um contexto de novos desafios, transformações, incertezas e complexidades. Ainda segundo o autor, o Modelo Delta se diferencia dos demais modelos devido a três fatores: por sugerir opções estratégicas que podem gerar novos meios de se atingir a lucratividade; por alinhar essas alternativas aos processos da empresa; e por possibilitar adaptações às constantes mudanças mercadológicas.

Posto isso, a estrutura desse modelo é representada por um triângulo (de onde advém o nome Delta) e nos seus três vértices estão dispostas as opções estratégicas de como a organização atenderá aos seus clientes e competirá no mercado (OLIVEIRA JÚNIOR et al., 2004).

Figura 7: Opções estratégicas do Modelo Delta



Fonte: Hax e Wilde II (2001, p. 33)

No vértice do lado direito da base está a estratégia de melhores produtos, que é baseada na economia do produto; no lado esquerdo estão as soluções totais para o cliente, com a competição fundamentada na economia do cliente; e, no ponto superior central, está o *lock-in* do sistema, com a competitividade abalizada na economia do sistema (HAX; WILDE II, 2000). Essa estrutura pôde ser observada na Figura 7.

Conforme os criadores do método, o vértice de **melhor produto** refere-se à forma clássica de competição recomendada por Porter, na qual a concorrência se dá por meio do baixo custo ou da diferenciação dos produtos ou serviços. Na primeira opção, a organização pode obter custos inferiores através da sua inserção em uma economia de escala, com produtos e processos menos complexos e com uma presença expressiva no mercado. De um segundo modo, a organização pode gerar valor para os clientes por meio do aperfeiçoamento das características dos produtos (tecnologia, imagem, marca, serviços exclusivos), a fim de que estes possam ser obtidos por um preço superior. Assim, a empresa é capaz de estreitar seu relacionamento com os clientes por via de produtos e serviços mais acessíveis ou de atributos distintos e exclusivos.

A estratégia de **soluções totais para o cliente** pode ser entendida conforme Nogueira (2009). Segundo o autor, esse posicionamento está baseado na oferta mais abrangente de produtos e serviços, de forma que a maior parte ou a totalidade das necessidades e dos desejos dos clientes sejam satisfeitos. Nesse aspecto, precisa-se

levar em consideração os fatores econômicos do cliente, não do produto. Isto é, a empresa deve estreitar seus laços com os consumidores de modo que sejam entendidas as suas exigências e, em parceria com eles, sejam desenvolvidos produtos e serviços que atendam cada um, fidelizando-os à organização. Sendo assim, ao invés de buscar padronizar produtos e melhorar processos internos, o foco passa a ser desenvolver parcerias com os clientes e fortalecer as capacidades internas e externas para melhor servi-los.

Em Hax e Wilde II (2001), são apontado três meios da empresa alcançar a posição de solução total para o cliente.

- a) Redefinição da experiência do cliente: nessa opção, busca-se mudar o relacionamento com esse *stakeholder* de um mero contato na hora da aquisição para uma relação duradoura durante todo o tempo de uso do produto. Faz-se necessário intensificar os vínculos com o consumidor para que ele se sinta beneficiado durante toda a experiência com o produto, o que se torna de difícil imitação por parte dos concorrentes e gera um grande custo em caso de mudança.
- b) Alimentação horizontal: nessa forma de atingir a solução total para o cliente, é imprescindível o compartilhamento das informações sobre o uso e preferências dos clientes durante o fornecimento dos produtos e serviços. Isto é, busca-se integrar e customizar os produtos conforme aquilo que os compradores consideram essencial.
- c) Integração do cliente: na terceira maneira de adotar a solução total como posicionamento estratégico, o objetivo é incumbir-se das atividades antes desempenhadas pelos próprios clientes (como a assistência técnica), aumentando o valor agregado do produto.

Por fim, o posicionamento estratégico de **lock-in do sistema** baseia-se não apenas no produto (ou serviço) e nos clientes, mas também em todos os agentes importantes do sistema (OLIVEIRA JÚNIOR et al., 2004). Na explicação desses autores, a estratégia nesse vértice é atrair os chamados complementadores (provedores de produtos que aumentam a oferta da empresa de forma direta ou indireta, intervindo na formação da demanda) e estabelecer relações de benefício mútuo em prol do melhor desempenho do sistema. Ademais, o objetivo máximo é tornar-se dono do padrão vigente do mercado, definindo formas de como complementar o sistema para afastar os concorrentes e manter os clientes. Assim,

devido a maior atuação dos agentes no setor, torna-se possível que todos tenham maiores retornos econômicos e expandam seus respectivos negócios.

De igual modo, três maneiras de se competir por meio da estratégia de *lock-in* do sistema são debatidas na obra de Hax e Wilde II (2001):

- a) Padrão proprietário: segundo os autores, uma organização que pretende atuar como um padrão proprietário precisa se estabelecer como um ponto de ligação em um sistema e possuir a maior participação de valor dentro do mesmo. Assim, atrairá clientes em razão da vasta rede de complementadores que giram em torno do seu produto. E, para utilizar o complementador, é necessário fazer uso do padrão proprietário. Um exemplo claro é a parceria entre Microsoft e Intel, que possuem padrões proprietários de alto nível.
- b) Troca dominante: esta forma de *lock-in* do sistema estabelece-se quando há um campo de interação entre compradores e vendedores para que sejam trocadas informações ou mercadorias. Essa integração cresce substancialmente conforme há o aumento da demanda por procura, compra ou troca de itens.
- c) Acesso restrito: nessa estratégia, os concorrentes não têm acesso aos clientes pelo fato dos distribuidores terem capacidade limitada para vender produtos de inúmeros fornecedores (ou marcas). Assim, enquanto o padrão proprietário e a troca dominante aprisionam estrategicamente os clientes, o acesso restrito bloqueia os concorrentes devido às limitações de abastecimento da cadeia de suprimentos.

A descrição dos três posicionamentos estratégicos, portanto, auxilia as empresas a definirem suas visões organizacionais. Entretanto, isso não é suficiente para que a estratégia ocorra coerentemente na prática (HAX; WILDE II, 2000). Por esse motivo, o Modelo Delta dá destaque a três processos adaptativos, que devem estabelecer uma conexão entre a formulação e a execução da estratégia (TOLEDO; QUELOPANA; POLLERO, 2007).

2.3.1.2.1 Processos de Adaptação

Segundo Sgreccia (2016), os processos adaptativos referem-se a como será realizada a execução da estratégia definida. Isto é, fazem o alinhamento entre o

posicionamento estratégico e o conjunto de atividades e tarefas que ele pressupõe. Dessa forma, conforme o autor, esses processos podem assumir três tipos:

- a) Eficácia operacional: é o processo encarregado por assegurar a entrega do produto ou serviço ao cliente;
- b) Foco no cliente: etapa que tem como cerne o vínculo com o consumidor;
- c) Inovação: processo responsável pela progressiva evolução do produto ou serviço.

Alvarez (2003) explica que quando uma organização adota a estratégia de melhor produto, os três processos de adaptação atuam da seguinte forma: a eficácia operacional prioriza uma infraestrutura de custos eficiente; o foco no cliente tem o intuito de suprir as necessidades de atendimento por meio dos canais de distribuição; e a inovação visa acelerar o desenvolvimento e a comercialização de produtos no mercado.

Por outro lado, quando o posicionamento é a solução total para o cliente, o objetivo da eficácia operacional é potencializar o valor do consumidor; o foco no cliente busca criar relacionamentos individuais e de trocas de informações entre empresa e comprador; e a inovação propõe a produção customizada feita em parceria com os clientes (NOGUEIRA, 2009).

Assim também, para a estratégia de *lock-in* do sistema. Ainda conforme este último autor, nesse vértice a eficácia operacional almeja a melhoria de desempenho de todo o sistema, principalmente mediante o estreitamento dos laços com os complementadores; o foco no cliente busca uma estrutura sistêmica harmônica (complementadores em rede e com interfaces adequadas); e a inovação objetiva o desenvolvimento padrões para a indústria.

Expostos os meios de pôr em prática a estratégia escolhida, vê-se a necessidade de instituir medidas de desempenho para acompanhamento dos processos e resultados. No Modelo Delta, esse controle é realizado por meio das métricas agregadas e granulares.

2.3.1.2.2 Métricas do Modelo Delta

De acordo com Hax e Wilde II (2000), as medições são essenciais para o eficaz desempenho das organizações, pois elas mapeiam a trajetória para a prática do posicionamento estratégico e são o foco da adaptação. Posto isso, os autores

apontam outra proposta do Modelo Delta: as chamadas métricas agregadas e granulares.

Conforme Alvarez (2003), a métrica agregada auxilia a visão total e integrada do negócio e do ganho da empresa. Isto é, apontam o resultado final da organização por meio de medidas financeiras. Todavia, segundo o mesmo autor, elas são importantes, mas não suficientes, pois não deixam claro como está o desempenho das várias atividades da empresa.

Por isso, há a necessidade da aplicação de outras métricas, que sejam capazes de auxiliar a identificação das causas dos problemas de desempenho e que possuam parâmetros próprios para facilitar a compreensão desses comportamentos (NOGUEIRA, 2009).

Nesse contexto, surgem as métricas granulares, que possibilitam a mensuração da variabilidade, a detecção das suas origens, bem como proporcionam o aprendizado, a melhoria contínua e a inovação organizacional (MASCENA et al., 2012). Segundo os criadores do Modelo Delta, essas medições granulares são feitas sob medida para cada posição estratégica e consoante com o processo adaptativo (HAX; WILDE II, 2000)

2.3.1.2.3 Vantagens e Limitações do Modelo Delta

Apesar de apresentar novas opções estratégicas para atrair e reter os clientes, bem como considerar-se mais abrangente que os demais SMDOs existentes até a sua criação (BITENCOURT; GARCEZ; CARDOSO, 2015), o Modelo Delta possui algumas limitações. Porém, antes de citá-las, é válido apresentar as principais vantagens apontadas por alguns estudiosos do tema.

Sinteticamente, Araújo (2006) cita que os principais benefícios do modelo são: o triângulo, que apresenta três alternativas estratégicas de gerar lucratividade para as empresas; os processos adaptativos, que auxiliam a tradução da estratégia em ações; as medições agregadas, capazes de apresentar o resultado do desempenho da empresa; e as métricas granulares, fundamentais para o entendimento de como o negócio é conduzido e para os processos de aprendizado e inovação.

Além desses fatores, Oliveira Júnior et al. (2004) expõem outras vantagens do modelo. Primeiramente, os autores fazem referência à amarração entre comprador, complementador, produtos e empresa (*lock-in* do sistema), o que gera forte lealdade

entre os agentes desse ciclo. Isso porque um sistema integrado é capaz de reduzir os custos dos clientes, intensificar o grau de relacionamento com os mesmos, mitigar a complexidade da gestão e criar dependência entre as partes, dificultando, por sua vez, a entrada de concorrentes.

A segunda vantagem apontada pelos mesmos autores é o fato do Modelo Delta exceder a proposta de baixo custo e diferenciação, acrescentado duas novas dimensões (economia do consumidor e do sistema) que flexibilizam e expandem as estratégias competitivas.

Sumariamente, portanto, o modelo em análise compreende como principais aspectos de vantagem, além do quesito competição, o desenvolvimento da organização, a sustentabilidade do sistema e a inclusão dos complementadores como *stakeholders* fundamentais nesse processo (HAX; WILDE II, 2001).

Não obstante os pontos favoráveis, existem algumas desvantagens apontadas sobre o Modelo Delta. Contudo, nas principais bases de dados investigadas por esse referencial teórico (Google Acadêmico, SciELO e CAPES), há uma ínfima quantidade de estudos científicos que discorrem sobre isso. Nessa conjuntura, o principal trabalho que discute criticamente o modelo é de Vendramini et al. (2005).

A primeira crítica desses autores deve-se ao fato do Modelo Delta não ser um modelo estratégico genérico, isto é, limita-se a algumas áreas industriais. Segundo esses estudiosos, a estratégia de *lock-in* do sistema, que deveria ser alcançada pelo desenvolvimento de padrões da indústria, do bloqueio dos concorrentes (com a exclusividade dos canais de distribuição) e da posição dominante, nem sempre consegue ser atingida. A exemplo das montadoras de veículos e do sistema bancário, dois setores de alta competição onde dificilmente é viável a aplicabilidade desse vértice.

Além desses aspectos relacionados à funcionalidade do modelo, os mesmos autores discutem certas questões éticas. Segundo eles, a proposição de *lock-in* do sistema é uma tentativa de não dar possibilidades de escolha para o cliente, buscando estabelecer certo monopólio no mercado. Na falta de órgãos reguladores que velem pela livre concorrência, os consumidores podem perder o poder de compra e de barganha.

Por fim, acrescenta-se o fato de, durante esta pesquisa teórica, não ter sido encontrado estudo científico algum sobre a aplicabilidade do Modelo Delta em

organizações públicas, principalmente pela falta de competição entre instituições desse setor. Esta particularidade gera distanciamento entre esse modelo e o objeto deste estudo.

2.3.1.3 *Performance Prism (PP)*

De acordo com Silva Junior et al. (2013), o Performance Prism – ou Prisma de Desempenho, em português – foi concebido no início dos anos 2000, no *Center for Business Performance*, na Inglaterra. Segundo esses autores, o estudo foi liderado por Andy Neely com a finalidade de relacionar e selecionar os principais atributos dos SMDOs existentes até o momento, acrescentando a visão dos *stakeholders* em primeiro plano.

Para a concepção desse modelo, utilizou-se a metáfora do prisma. Conforme Cunha (2011), parte-se do princípio de que esse poliedro reflete a luz branca em várias outras cores, representando como algo simples pode se tornar complexo, ou como algo que parece ser complexo, na verdade pode ser consideravelmente simples. Assim também, para o autor, é a mensuração de desempenho, pois pode parecer uma simples atividade, mas detém uma variedade de fatores que merecem razoável atenção; e o próprio modelo PP, que pode parecer complexo, sendo simples na realidade.

Quanto à principal motivação que deu origem ao modelo, tem-se o cenário mundial em mutação e cada vez mais competitivo, necessitando de métodos capazes de enfatizar e atender todas as partes interessadas da organização (NEELY et al., 2001). Para o *Performance Prism*, tais partes interessadas envolvem todos os indivíduos ou aparelhos que são influenciados ou podem influenciar a organização, a exemplo: fornecedores, clientes, comunidade, governo, financiadores, dentre outros (LIU et al., 2015).

A estrutura do *Performance Prism*, portanto, baseia-se na inter-relação de cinco perspectivas dispostas nas faces de um prisma. A face superior e a inferior, respectivamente, são a satisfação e a contribuição das partes interessadas. As três faces laterais são as estratégias, os processos e as capacidades (ou aptidões) (NEELY; ADAMS, 2000). Essa estrutura pode ser verificada na Figura 8:

Figura 8: A estrutura do *Performance Prism*



Fonte: Adaptado de Neely e Adams (2000, p. 3)

A primeira perspectiva é a satisfação dos *stakeholders*. Nessa face pergunta-se “Quem são as partes interessadas e o que elas querem e precisam?” ou mesmo “Quem são as partes interessadas importantes para a sua organização e o que elas querem e precisam?” (NEELY et al., 2001, p.6).

Para os mesmos autores, essa é a principal diferença entre o PP e o BSC. Segundo eles, o *Balanced Scorecard* faz referência apenas aos clientes e acionistas, deixando de dar ênfase aos interesses dos funcionários, fornecedores, parceiros, intermediários, comunidade local, reguladores ou grupos de pressão, que, por sua vez, podem ter um impacto substancial no desempenho e sucesso de uma organização.

Em consonância, Najmi et al. (2012) afirmam que a primeira perspectiva evidencia que o *Performance Prism* considera algumas partes interessadas que normalmente são negligenciadas durante a formação de medidas de desempenho. Assim, segundo esses estudiosos, o PP é um dos sistemas com maior abrangência no segmento de mensuração de desempenho.

A segunda perspectiva, por sua vez, refere-se às estratégias organizacionais. Nesse momento, a pergunta a ser feita é “Quais são as estratégias para garantir que os desejos e necessidades das partes interessadas sejam satisfeitas?” (NEELY et al., 2001, p.7).

Segundo Reame Junior e Reame (2007), aqui a essência é verificar quais as estratégias a serem adotadas para que a organização satisfaça as necessidades e os anseios das partes interessadas definidas anteriormente.

Assim, ao invés de ter como ponto de partida a estratégia organizacional, como normalmente acontece nos demais modelos, esse método parte dos desejos e necessidades dos *stakeholders*, relacionando-os aos desejos e necessidades da própria organização (BOURNE; FRANCO; WILKES, 2003). Isto é, segundo esses

autores, o PP acredita que as organizações existem para satisfazer suas partes interessadas e as estratégias resultam da combinação das necessidades de ambas as partes.

A terceira face diz respeito aos processos necessários para executar as estratégias da organização. Nessa perspectiva busca-se compreender “Quais são os processos que precisam ser postos em prática a fim de permitir que as estratégias sejam entregues?” (NEELY et al., 2001, p.7).

Nesse momento é feita alusão aos processos que estão na base de grande parte das organizações, sendo eles: o desenvolvimento de produtos e serviços, a geração de demandas, o atendimento às demandas e o planejamento e gerenciamento empresarial (NEELY; ADAMS, 2000). Os criadores do modelo acrescentam que deve ser possível definir, para cada um desses processos, medidas específicas que possibilitem o tratamento das suas particularidades.

Najmi et al. (2012) sintetizam essa perspectiva afirmando que os processos precisam ser continuamente controlados e operacionalizados de maneira eficiente e eficaz, a fim de que as estratégias sejam atendidas.

A quarta face, no que lhe concerne, refere-se às medidas de capacidade. Segundo Neely et al. (2001, p.7), é necessário entender “Quais são os recursos que a empresa precisa para operar os seus processos?”.

Para esses autores, recursos ou capacidades são a combinação de pessoas, técnicas, tecnologias e infraestruturas que permitem a efetivação dos processos da organização. Sem isso é impossível executar ou melhorar os processos.

Nesse sentido, as capacidades devem ser foco da mensuração de desempenho, pois são fatores críticos para que a organização possa ser competitiva e tenha sucesso no longo prazo (LIU et al., 2015).

Por fim, a base do prisma, refere-se à contribuição das partes interessadas. Isto é, trata da reciprocidade dos *stakeholders* em relação à organização, aspecto comumente menosprezado pelas metodologias de medição de desempenho (REAME JUNIOR; REAME, 2007).

Segundo Ganga et al. (2003), essa perspectiva se ajusta à primeira (de satisfação dos *stakeholders*) e pode ser compreendida da seguinte forma:

- a) Se por um lado os clientes esperam produtos e serviços rápidos, de qualidade e com um bom preço, a organização espera que os seus clientes sejam leais, corretos e lucrativos;

- b) Ao mesmo tempo que os funcionários esperam ser recompensados, a organização espera que eles sejam comprometidos com a estratégia empresarial;
- c) Enquanto os fornecedores almejam confiança, fidelidade e lucratividade, a organização espera produtos e serviços de qualidade, com flexibilidade no atendimento e eficiência na entrega;
- d) Da mesma forma que os órgãos regulamentadores esperam que as organizações estejam de acordo com os requisitos legais de sustentabilidade e qualidade, essas desejam regras claramente estabelecidas e com prazos e padrões de cumprimento;
- e) Na mesma proporção em que os acionistas anseiam o retorno de seus investimentos, a organização requer a constante aplicação de capital nas suas atividades.

Neely e Adams (2000), em resumo, afirmam que organizações que pretendem ser bem-sucedidas no longo prazo precisam ter uma visão clara de quem são os seus principais intervenientes, o que eles querem e como podem contribuir reciprocamente com a empresa. Além disso, segundo eles, é indispensável a definição de estratégias capazes de assegurar o valor que é entregue às partes interessadas. Bem como as capacidades essenciais para o adequado desempenho dos processos.

Nessa lógica, o prisma aberto esclarece as relações de interdependência entre as suas faces. Para Lenz (2007), a questão central compreende a satisfação de todos os *stakeholders* da organização. A partir disso, surgem as estratégias que servirão como norte para a empresa. Do mesmo modo, para que essas estratégias sejam implementadas, são necessários processos bem executados, o que só é possível com o auxílio dos recursos e das capacidades disponíveis. Assim, pode-se entregar as demandas às partes interessadas e ter com elas relações de reciprocidade.

2.3.1.3.1 Vantagens e Desvantagens do Performance Prism

Ao ser concebido a partir da análise de outros SMDOs, o *Performance Prism* buscou superar as dificuldades e limitações dessas metodologias com uma visão mais abrangente das partes interessadas da organização (NEELY et al., 2001). Todavia,

assim como os demais métodos, o PP apresenta-se como um sistema possuidor de vantagens contrapostas a algumas desvantagens.

Segundo Torrens et al. (2010) e Najmi et al. (2012), a principal vantagem do PP sobre os outros métodos, principalmente sobre o BSC, é o fato da abordagem dar ênfase a todos os *stakeholders* da organização, não apenas aos clientes e acionistas.

Além disso, outros pontos fortes do modelo são apontados por Cunha (2011), Maltempi (2014) e Rendeiro (2014):

- a) Metodologia direcionada à mensuração de desempenho e à comunicação da estratégia organizacional;
- b) Utilização de indicadores financeiros e não-financeiros;
- c) Inovação quanto à relação entre satisfação e contribuição dos *stakeholders*;
- d) Orientação para o futuro sem descuido do presente;
- e) Conjugação de medidas internas e externas;
- f) Alinhamento estratégico facilitado pela visão integrada das etapas;
- g) Flexibilidade para ser utilizado por outros tipos de organizações, não apenas aquelas com fins financeiros.

Apesar desses pontos, para Silva Junior et al. (2013), o único aspecto que realmente concede vantagem ao PP em relação aos demais SMDOs é a análise feita da contribuição dos *stakeholders* à organização. Para os autores, nos demais quesitos, essa metodologia muito se assemelha a outras.

Além disso, algumas fragilidades do *Performance Prism* são igualmente referenciadas por estudos sobre o tema (GANGA et al., 2003; TORRENS et al., 2010; RENDEIRO, 2014; MALTEMPI, 2014), dentre as quais destacam-se:

- a) Escassos exemplos de aplicação prática do modelo, o que se traduz na falta de evidências de que o sistema efetivamente funciona;
- b) Sistema complexo que coloca em debate a sua viabilidade de aplicação ou mesmo a confiabilidade dos resultados;
- c) Dificuldades de conceber o mapa de sucesso devido à multiplicidade de relações entre estratégias, processos, capacidades e os *stakeholders*;
- d) Pouca clareza nas explicações de como a mensuração de desempenho será realizada;
- e) Ausência de conexão com os sistemas de informação da empresa;
- f) Frágil ligação entre as medidas de desempenho e seus direcionadores;

- g) Baixa percepção de como medir o desempenho dos concorrentes e de como eles podem contribuir com a organização.

Sendo assim, apesar do PP incentivar as organizações a considerarem os desejos e as necessidades de todas as partes interessadas, esse modelo possui algumas fraquezas que precisam ser consideradas no momento da sua adoção. Sobretudo, para Shaik et al. (2012), a carência de um ciclo de *feedback* necessário entre os resultados e os meios para alcançá-los.

2.3.1.4 Modelo de Excelência da Gestão (MEG)

O Modelo de Excelência da Gestão foi desenvolvido pela Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), em 2001, como forma de incentivar e dar apoio às organizações brasileiras para que se desenvolvam, evoluam e tornem-se administrativamente sustentáveis, participativas e valorosas para a sociedade (FNQ, 2014a). Conforme a FNQ, antes da consolidação do MEG, metodologias de outros países eram utilizadas, como o *Malcolm Baldrige National Quality Award* dos Estados Unidos. Porém, a partir dos estudos executados pelo núcleo técnico da fundação, foi concretizado o modelo brasileiro.

O MEG, sendo assim, é um método de mensuração de desempenho que auxilia a realização de um diagnóstico organizacional (GALVÃO; CORREA; ALVES, 2011). Isto é, esse modelo permite que as organizações façam uma auto avaliação de seus sistemas de gestão por meio do entendimento do nível de maturidade dos seus processos e da visão holística do negócio (MARCONDES et al., 2012). De tal modo, para esses últimos autores, fica possibilitada a atuação precisa nas oportunidades de melhoria identificadas.

De acordo com Obregon et al. (2012), através do MEG, a FNQ procura introduzir as organizações brasileiras em meio às chamadas de “Classe Mundial”. Ademais, no mesmo estudo é citado que o modelo não preceitua práticas e instrumentos específicos a serem implementados, sendo, portanto, flexível, de simples linguagem e útil para qualquer espécie de organização.

Estruturalmente, o MEG está fundamentado em um conjunto de treze conceitos denominados de Fundamentos da Excelência em Gestão, os quais retratam características comuns encontradas em organizações globais que se destacam em

seus setores de atuação (FNQ, 2014b). O Quadro 1 apresenta cada um desses fundamentos:

Quadro 1: Fundamentos da Excelência em Gestão

FUNDAMENTO	DESCRIÇÃO
PENSAMENTO SISTÊMICO	Compreensão e tratamento das relações de interdependência e seus efeitos entre os diversos componentes que formam a organização, bem como entre eles e o ambiente com o qual interagem.
ATUAÇÃO EM REDE	Desenvolvimento de relações e atividades, em cooperação entre organizações ou indivíduos com interesses comuns e competências complementares.
APRENDIZADO ORGANIZACIONAL	Busca de maior eficácia e eficiência dos processos da organização e alcance de um novo patamar de competência, por meio da percepção, reflexão, avaliação e compartilhamento de conhecimento e experiências.
INOVAÇÃO	Promoção de um ambiente favorável à criatividade, experimentação e implementação de novas ideias, capazes de gerar ganhos de competitividade com desenvolvimento sustentável.
AGILIDADE	Flexibilidade e rapidez de adaptação a novas demandas das partes interessadas e mudanças do ambiente, considerando a velocidade de assimilação e o tempo de ciclo dos processos.
LIDERANÇA TRANSFORMADORA	Atuação dos líderes de forma inspiradora, exemplar, realizadora e com constância de propósito, estimulando as pessoas em torno de valores, princípios e objetivos da organização, explorando as potencialidades das culturas presentes, preparando líderes e interagindo com as partes interessadas.
OLHAR PARA O FUTURO	Projeção e compreensão de cenários e tendências prováveis do ambiente e dos possíveis efeitos sobre a organização, no curto e longo prazos, avaliando alternativas e adotando estratégias mais apropriadas.
CONHECIMENTO SOBRE CLIENTES E MERCADOS	Interação com clientes e mercados e entendimento de suas necessidades, expectativas e comportamentos, explícitas e potenciais, criando valor de forma sustentável.
RESPONSABILIDADE SOCIAL	Dever da organização de responder pelos impactos de suas decisões e atividades, na sociedade e no meio ambiente, e de contribuir para a melhoria das condições de vida, por meio de um comportamento ético e transparente, visando ao desenvolvimento sustentável.
VALORIZAÇÃO DAS PESSOAS E DA CULTURA	Criação de condições favoráveis e seguras para as pessoas se desenvolverem integralmente, com ênfase na maximização do desempenho, na diversidade e fortalecimento de crenças, costumes e comportamentos favoráveis à excelência.
DECISÕES FUNDAMENTADAS	Deliberações sobre direções a seguir e ações a executar, utilizando o conhecimento, gerado a partir do tratamento de informações obtidas em medições, avaliações e análises de desempenho, de riscos, de retroalimentações e de experiências.
ORIENTAÇÃO POR PROCESSOS	Busca de eficiência e eficácia nos conjuntos de atividades que formam a cadeia de agregação de valor para os clientes e demais partes interessadas.
GERAÇÃO DE VALOR	Alcance de resultados econômicos, sociais e ambientais, bem como de resultados dos processos que os potencializam, em níveis de excelência, e que atendam às necessidades das partes interessadas.

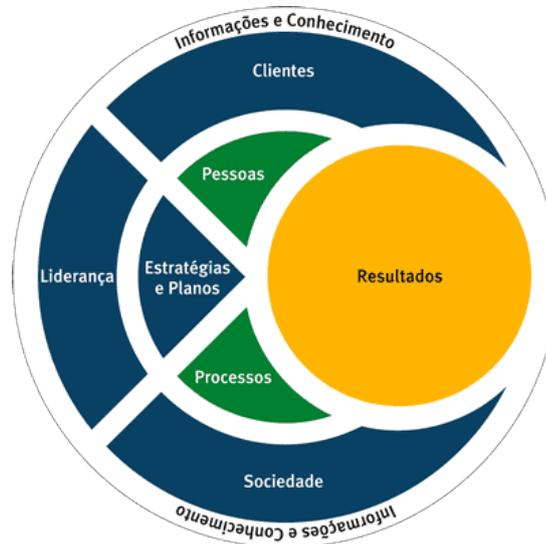
Fonte: Elaborado a partir de FNQ (2014b)

Em sequência, a FNQ (2014a) desdobra esses fundamentos em oito Critérios de Excelência, que são características tangíveis (passivas de mensuração quantitativa ou qualitativa), dispostas em questões que tratam sobre processos gerenciais e solicitações de resultados. Esses critérios são representados pela Figura 9, recomendando uma visão sistêmica da gestão organizacional.

Em resumo, segundo Silva et al. (2008), o modelo parte do princípio de que dos clientes e da sociedade decorrem demandas e, a partir disso, as lideranças concebem estratégias e planos que são implementados por pessoas e processos em

busca de resultados. Toda essa dinâmica só é possível se as informações e os conhecimentos estiverem transpostos por todos os critérios.

Figura 9: Representação do Modelo de Excelência em Gestão



Fonte: FNQ (2014a).

Para fins de avaliação, esses critérios são subdivididos em 23 itens, sendo 18 a respeito de processos gerenciais e cinco sobre resultados organizacionais (FNQ, 2014b). Para a FNQ, eles proporcionam que a organização compreenda o seu sistema de gestão e garantem uma visão holística do negócio, do mercado e da conjuntura na qual a mesma está inserida. O Quadro 2 apresenta os itens de avaliação que compõem cada um dos critérios de excelência.

Quadro 2: Critérios de Excelência e itens de avaliação do MEG

CRITÉRIOS DE EXCELÊNCIA	ITENS DE AVALIAÇÃO
1. LIDERANÇA	1.1 Cultura Organizacional e desenvolvimento da gestão 1.2 Governança 1.3 Levantamento de interesses e exercício da liderança 1.4 Análise do desempenho da organização
2. ESTRATÉGIAS E PLANOS	2.1 Formulação das estratégias 2.2 Implementação das estratégias
3. CLIENTES	3.1 Análise e desenvolvimento de mercado 3.2 Relacionamento com clientes
4. SOCIEDADE	4.1 Responsabilidade socioambiental 4.2 Desenvolvimento social
5. INFORMAÇÕES E CONHECIMENTO	5.1 Informações da organização 5.2 Conhecimento da organização
6. PESSOAS	6.1 Sistemas de trabalho 6.2 Capacitação e desenvolvimento 6.3 Qualidade de vida
7. PROCESSOS	7.1 Processos da cadeia de valor 7.2 Processos relativos a fornecedores 7.3 Processos econômico-financeiros
8. RESULTADOS	8.1 Econômico-financeiros 8.2 Sociais e ambientais 8.3 Relativos aos clientes e ao mercado 8.4 Relativos às pessoas 8.5 Relativos aos processos

Fonte: Adaptado de (FNQ, 2014b).

Barbosa (2014) explica que todos esses itens são avaliados a partir de um sistema de pontuação e o valor máximo total que uma organização pode atingir é de 1000 pontos: 550 pontos podem ser alcançados nos sete primeiros critérios (dimensão dos processos gerenciais) e 450 pontos no último (dimensão dos resultados organizacionais).

Nesse processo, a FNQ (2014b) sugere a aferição de cada item dos critérios de excelência por meio de quatro fatores específicos para cada dimensão. Para os processos gerenciais, são apreciados os seguintes fatores:

- a) Enfoque: observa o comportamento adotado pela organização na formulação das práticas de gestão. Verifica a existência de padrões gerenciais que sejam proativos, ágeis e contínuos.
- b) Aplicação: refere-se à amplitude de aplicação das práticas gerenciais e ao controle sobreposto aos seus padrões.
- c) Aprendizado: avalia os aperfeiçoamentos contínuos e os exemplos de sucesso das práticas de gestão.
- d) Integração: afere a inter-relação com outras práticas, a colaboração entre as áreas e a conexão com os valores, princípios, estratégias e objetivos organizacionais.

Por seu lado, os fatores relativos aos resultados são:

- a) Relevância: refere-se à existência de indicadores de desempenho suficientes para expressar os resultados estratégicos e operacionais.
- b) Melhoria: avalia a melhoria contínua dos resultados estratégicos e operacionais pelo menos nos três últimos ciclos ou exercícios.
- c) Competitividade: nesse fator verifica-se se a organização obteve, no último ciclo ou exercício, níveis de desempenho estratégico e operacionais iguais ou superiores aos referenciais de comparação.
- d) Compromisso: observa-se, nesse fator, se no último ciclo ou exercício foram alcançados ou superados os níveis de desempenho ou de melhoria esperadas pelas partes interessadas.

A FNQ (2014b) conclui que para cada um desses fatores são atribuídos percentuais e a média final entre eles forma o percentual final de um item. A pontuação final, por sua vez, é o resultado do percentual final multiplicado pela pontuação máxima determinada para o item, arredondando, sempre, para um número inteiro.

Desse modo, o MEG atua de forma sistêmica, fornecendo uma visão completa das organizações e orientando-as sobre como gerenciar seus processos e resultados (SOUZA, 2012).

É válido ressaltar, por fim, que as organizações podem se valer das orientações do MEG por meio de diversas maneiras, dentre elas: o Programa de Excelência da Gestão; o Programa Sebrae de Excelência na Gestão; o Prêmio de Competitividade para Micro e Pequenas Empresas; o Prêmio Sebrae Mulher de Negócios; a Rede de Qualidade, Produtividade e Competitividade; e o Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ), sendo este, talvez, o mais conhecido pelas organizações brasileiras (BARBOSA, 2014).

2.3.1.4.1 Vantagens e Desvantagens do MEG

Assim como os demais métodos de mensuração de desempenho apresentados nesse ensaio, o MEG possui vantagens e desvantagens frente a outras ferramentas gerenciais.

Inicialmente, segundo Gassenferth e Machado (2007), um dos principais diferenciais do MEG é a fácil possibilidade de aplicá-lo a qualquer tipo de organização, inclusive aquelas sem fins lucrativos e órgãos da administração pública. Inclusive, vários são os estudos que abordam o Modelo de Excelência em Gestão Pública (BRASIL, 2014; ENKE; SOUZA; PEREIRA, 2014; FERREIRA, 2012a), uma adaptação do MEG às organizações desse setor.

Ademais, outra vantagem do modelo é a importância dada ao desenvolvimento de tecnologias da informação e da comunicação como meio de fazer com que a sociedade e a organização evoluam em diversos aspectos (MARCONDES et al., 2012). As informações e o conhecimento são um dos critérios de excelência do MEG e, como tal, são tidos como pontos essenciais para o alcance dos objetivos definidos.

Além desses fatores positivos, a própria FNQ (2014a) aponta algumas vantagens do modelo, sendo elas: a avaliação da qualidade da gestão; a concepção dos sistemas de gestão com base nas práticas de organizações de classe mundial; a uniformização da linguagem e melhoria na comunicação gerencial; e a melhor compreensão das necessidades e desejos das partes interessadas.

Ainda nesse sentido, GODOY et al. (2016) afirmam que o MEG ganha destaque por ter uma linguagem simples, de fácil entendimento; por consumir menos tempo e recursos no processo de medição; por possibilitar o apoio de avaliadores externos, o que permite a troca de experiências; e por instigar a definição de planos de melhoria.

Apesar desses aspectos favoráveis, os mesmos autores apontam que o Modelo de Excelência da Gestão possui, igualmente, pontos de melhoria. E o principal aspecto citado é o fato de haver dificuldades no consenso entre os participantes durante o processo de pontuação, o que pode gerar conflitos ou necessitar a mediação de avaliadores externos.

Outrossim, Crispim e Lugoboni (2012) afirmam que o MEG é mais um sistema de diagnóstico do que um sistema de mensuração de desempenho. Isso porque, segundo os autores, o modelo não utiliza múltiplas dimensões de desempenho, não emprega continuamente mecanismos de monitoramento do ambiente interno e externo da organização e tem pouca agilidade na disponibilização de informações.

Sendo assim, postas as características desse último modelo, o próximo subitem apresenta uma reflexão sobre a adequação desses SMDOs à fundação hospitalar de ensino de que trata este trabalho. Buscou-se entender, portanto, a partir da descrição das peculiaridades de cada método, qual deles é aplicável à realidade do hospital estudado. Isto é, qual modelo permite o alcance do objetivo da pesquisa.

Assim, atende-se ao segundo objetivo específico deste trabalho: Definir qual dos sistemas de mensuração de desempenho, dentre os mais referenciados e aplicados em organizações na atualidade, é o mais adequado para fundamentar este estudo de caso.

2.3.2 SMDO aplicado à pesquisa

A princípio, dentre os quatro SMDOs apresentados, toma-se como ponto de partida aquele que apresentou pouca ou nenhuma aplicabilidade em instituições públicas: o Modelo Delta. Tal qual apresentado no subitem de críticas ao modelo, não foram encontradas nas bases de dados Google Acadêmico, SciELO e CAPES (principais sistemas eletrônicos de buscas utilizados nesta pesquisa) evidências de aplicação desse método em organizações da Administração Pública.

Notoriamente, torna-se difícil imaginar uma instituição pública adotar como estratégia a opção de “Melhor Produto” (baixo custo ou diferenciação), de “Soluções Totais para o Cliente” (reduzir os custos do cliente e elevar seus lucros) ou de “*Lock-in* do Sistema” (*lock-in* do complementar, *lock-out* do concorrente e padrão proprietário). Além das ações necessárias para essas estratégias não condizerem com a realidade das organizações desse setor, destaca-se o fato da Administração Pública não se basear no fator competição para definir as suas estratégias (BRITO, 2010).

Ademais, verificou-se que, mesmo na área privada, a principal estratégia de competição (*lock-in* do sistema) defendida pelo modelo tem dificuldades de ser implementada, visto as particularidades do mercado brasileiro e das empresas que aqui se estabelecem.

Portanto, a partir desses pressupostos, compreende-se que o Modelo Delta não é compatível com a realidade da Unidade de Saúde analisada neste estudo, pois as suas características são propriamente atribuídas às empresas do setor privado, principalmente aquelas com abertura aos complementadores, novos *stakeholders* considerados por esse SMDO.

Em relação aos demais métodos (BSC, PP e MEG), existem inúmeros estudos que realizam diferentes comparações entre eles. Dentre esses estudos, destacam-se os seguintes:

- a) Comparação quanto aos principais aspectos e dimensões contempladas: Hourneaux Junior (2005); Lugoboni (2010); Souza (2011); Crispim e Lugoboni (2012);
- b) Comparação quanto às semelhanças entre os modelos: Quintella e Brito (2005); Silva Junior et al. (2013);
- c) Comparação quanto aos elementos de avaliação de desempenho: Garengo, Biazzo e Bititci (2005);
- d) Comparação quanto às características basilares: Mazeto (2011); Gassenferth e Machado (2007);
- e) Comparação quanto aos atributos desejáveis de Figueiredo et al. (2005): Marinho (2006); Souza e Marinho (2014);

Ambos os SMDOs, conforme as pesquisas referenciadas, possuem aplicabilidade tanto na área privada quanto na pública, o que se torna um fator favorável perante o setor de aplicação desta pesquisa: esfera pública hospitalar.

Porém, apenas essa análise não é suficiente para a admissão do método que auxiliará a proposição de indicadores de desempenho, capazes de melhorar o processo de tomada de decisão dos gestores do hospital de ensino estudado.

Sendo assim, partiu-se dos estudos de Gassenferth e Machado (2007), Silva Junior et al. (2013) e Crispim e Lugoboni (2012), para um melhor entendimento de como esses métodos são vistos pelas organizações e por especialistas do tema.

Inicialmente, em Gassenferth e Machado (2007), apresenta-se o resultado de uma pesquisa realizada em aproximadamente cem organizações dentre as Melhores e Maiores da Revista Exame à época. Os autores questionaram sobre os três métodos mais utilizados por essas empresas, sendo eles: o Balanced Scorecard, o Modelo de Excelência em Gestão (ou modelo PNQ – Prêmio Nacional da Qualidade) e o *Total Quality Control* (TQC). Todavia, nesse momento é válido ressaltar apenas os modelos BSC e MEG, que foram explanados neste estudo.

Os autores buscaram entender quais as principais características desses modelos na opinião das empresas entrevistadas. Para isso, contemplaram 15 quesitos sobre a abrangência de cada um dos métodos, dentre os quais, apenas 14º quesito (Contemplação de todos os *stakeholders*) o método BSC obteve a mesma pontuação que o MEG. Nos demais aspectos, o primeiro método foi consideravelmente superior ao segundo.

Sendo assim, de acordo com os pesquisadores, dentre as ferramentas investigadas, o BSC leva vantagem não apenas como um modelo de tradução e comunicação da estratégia, mas principalmente como um sistema de controle e avaliação do desempenho organizacional, o que favorece o processo de tomada de decisão.

Outro estudo que realiza uma comparação entre os modelos aqui apresentados é o de Silva Junior et al. (2013). Este faz referência às semelhanças entre o BSC e o *Performance Prism*, de modo a entender as principais contribuições deste último ao primeiro. Para isso, de início, os pesquisadores estabeleceram uma relação entre a estrutura do BSC e do PP, correlacionando as faces deste às perspectivas daquele.

Segundo os autores, a primeira face do PP (Satisfação do *stakeholder*) se relaciona com as perspectivas Financeira e de Clientes do BSC. Porém, no PP é dada uma ênfase explícita a outras partes interessadas, como funcionários, fornecedores, entidades de regulamentação e sociedade. Quanto à face de Estratégias, o PP difere-

se do BSC por definir primeiramente quem são os *stakeholders* para, somente a partir disso, formular as estratégias. Enquanto que o BSC realiza essas ações em sentido oposto (primeiro a definição da estratégia e, posteriormente, a construção do modelo). De igual modo, as faces de Processos e Capacidades se interligam ao BSC por meio das perspectivas de Processos Internos e de Aprendizado e Crescimento, respectivamente. E, quanto à face de Contribuição dos Stakeholders, os autores discorrem como a única que realmente acrescenta algo diferente à estrutura do BSC.

Em seguida, Silva Junior et al. (2013) discorrem sobre entrevistas realizadas com especialistas de estratégia organizacional. Estas entrevistas buscaram entender se as críticas feitas pelos criadores do PP ao BSC condizem com a realidade do método.

Como conclusões da pesquisa, verificou-se que os aspectos considerados ausentes por Neely, Adams e Crowe (2001) no BSC (abordagem mínima dos *stakeholders* e falta de definição da contribuição desses para com a organização) na realidade estão presentes no modelo. Isso porque, para os especialistas entrevistados, quando são deliberados os objetivos e as metas, são referenciadas as maneiras como os *stakeholders* poderão contribuir com a organização. Ademais, qualquer parte interessada pode ser enquadrada no modelo, se não nas perspectivas originais, por meio de outras criadas para esse fim.

Os próprios idealizadores do método (KAPLAN; NORTON, 2004) confirmam esta colocação, assinalando a utilização do *Balanced Scorecard* com o envolvimento de novos *stakeholders*. Para esses autores, além dos clientes, acionistas e funcionários, outros públicos passam a se relacionar fortemente com as organizações no novo contexto mercadológico. Assim, há a possibilidade de acrescentar à estrutura do BSC, por exemplo, a dimensão da sustentabilidade, envolvendo indicadores relacionados ao meio ambiente, à segurança e saúde, a práticas trabalhistas e a investimentos na comunidade. Deste modo, em resposta às críticas, o BSC não se limita a entender as necessidades de um pequeno grupo de interessados na organização.

Por fim, quanto às principais dimensões contempladas pelos modelos, Crispim e Lugoboni (2012) apresentam um estudo, a partir de Hourneaux Junior (2005) e Lugoboni (2010), que compara vários SMDOs quanto aos aspectos relacionados a Cliente e Mercado; Economia e Finanças; Gestão e Organização; Recursos Humanos; e Sociedade em Geral.

O quadro a seguir, adaptado da pesquisa de Crispim e Lugoboni (2012), apresenta apenas os resultados para os modelos em foco (BSC, PP e MEG).

Quadro 3: Aspectos compreendidos pelos SMDOs

Sistemas de Mensuração de Desempenho Organizacional	Aspectos relacionados com:																	
	Cliente e Mercado		Econômico Financeiro				Gestão e Organização						Recursos Humanos		Sociedade em Geral			
	1 – Mercado	2 - Clientes	3 - Econômicos e financeiros	4 - Considerações das políticas fiscais existentes	5 - Recursos físicos necessários	6 - Acionistas	7 - Avaliação de planos e objetivos	8 - Papel das parcerias e alianças estabelecidas	9 - Qualidade e eficiência na produção	10 - Pesquisa e desenvolvimento e inovação	11 - Ativos intangíveis e não-financeiros	12 - Relações de causa-efeito	13 - Direção da organização	14 - Estrutura organizacional	15 - Desempenho dos executivos	16 - Desenvolvimento dos funcionários	17 - Capacidade de adaptação ao ambiente	18 - Sociedade em geral
Balanced Scorecard	x	x	x			x	x		x	x	x	x			x			
Performance Prism		x				x	x		x			x	x			x		
Modelo de Excelência da Gestão		x					x		x			x	x			x		X

Fonte: Adaptado de Crispim e Lugoboni (2012).

Há de se observar que, para os autores, o BSC é o único método que corresponde às expectativas do ponto 11 (Ativos intangíveis e não-financeiros). Entretanto, conforme o referencial teórico apresentado nesta pesquisa, tanto o PP quanto o MEG dispõem de tais aspectos (face de Capacidades e critério de Pessoas, respectivamente), motivo pelo qual fez-se destaque no quadro acima.

Além disso, quanto à abordagem “Sociedade em geral” (ponto 18), os autores adotaram apenas o MEG como assimilador desse aspecto. Contudo, como pôde-se verificar nesta revisão de literatura, os próprios criadores do BSC (KAPLAN; NORTON, 2004) e do PP (NEELY; ADAMS; CROWE, 2001) estendem esse tópico aos dois modelos. Novamente, portanto, realizou-se uma marcação no quadro acima para destacar esse evento.

Sendo assim, é possível visualizar que a real vantagem do uso do BSC dá-se pelo abarcamento dos fatores de mercado, bem como dos econômicos e financeiros. Ambos são essenciais no setor público de saúde, que necessita do entendimento da demanda dos cidadãos pelos seus serviços, assim como dos recursos orçamentários disponíveis para a execução da estratégia (NUNES, 2012).

Por fim, ainda com o intuito de entender qual modelo melhor auxiliará o hospital no controle do desempenho organizacional e no processo de tomada de decisão, destacam-se algumas observações feitas ao PP e ao MEG nos subitens de vantagens e desvantagens dos modelos:

- O *Performance Prism* tem o seu uso fragilizado, sobretudo, por ter uma alta complexidade; por dificultar a concepção de um mapa estratégico; e por não explicar com clareza como medir o desempenho da organização (GANGA et al., 2003; TORRENS et al., 2010; RENDEIRO, 2014; MALTEMPI, 2014);

- O MEG falha ao controlar o desempenho organizacional, pois não utiliza de forma contínua os mecanismos de monitoramento do ambiente interno e externo, assim como não disponibiliza as informações com agilidade, tornando-se mais um sistema de diagnóstico do que de mensuração de desempenho (CRISPIM; LUGOBONI, 2012). Isto é, as informações sobre o desempenho organizacional são fornecidas apenas no ato do diagnóstico dos critérios de excelência, não rotineiramente.

Vê-se, portanto, a dificuldade desses dois SMDOs em mensurar o desempenho organizacional e possibilitar a transcrição da estratégia por meio de mapas gráficos. Seja por motivos de complexidade das variáveis ou por falta de informações consistentes e constantes, a tomada de decisão dos gestores passa a ter consideráveis impedimentos.

Por outro lado, o BSC fornece (conforme o sub tópico 2.3.1.1.4 das Vantagens e Desvantagens do modelo) flexibilidade para adaptar as perspectivas aos diferentes tipos de organizações (inclusive as públicas), clareza dos indicadores, comunicação dos objetivos estratégicos, visualização da estratégia (mapa estratégico) e monitoramento contínuo da performance organizacional, o que favorece o processo de tomada de decisão. Deve-se, porém, dar atenção ao seu processo de implementação e às relações de causa e efeito entre as variáveis, para que sejam consistentes e adequadas a cada tipo de empresa.

Sendo assim, por todos os motivos apontados, o método que este estudo adotará para propor indicadores de desempenho ao hospital de ensino será o *Balanced Scorecard*. Apesar das limitações apresentadas nesse referencial teórico, o modelo favorece o controle organizacional e fundamenta as decisões gerenciais.

Antes, porém, da concepção do sistema de mensuração proposto para esta pesquisa, é necessário abordar a importância do uso de indicadores por instituições de saúde e compreender quais as medidas atualmente utilizadas nessas unidades (definidas em normativas específicas ou em pressupostos do Ministério da Saúde do Brasil).

2.4 Indicadores de Avaliação Hospitalar

A utilização de indicadores de desempenho em hospitais apresenta-se como um fator crítico de sucesso, pois, do mesmo modo que uma fábrica de bens de consumo precisa analisar seus dados produtivos para saber onde atuar de maneira estratégica, as instituições hospitalares precisam controlar seus processos numericamente (VIEIRA et al., 2006). Dessa forma, poderão utilizar de maneira eficiente os seus recursos, gerar melhores resultados com menos esforços e atender com maior efetividade a população (SILVA; ROCHA, 2015).

Moraes (1994) afirma que a apreciação de indicadores hospitalares é essencial à tomada de decisão eficiente pelos gestores. Além disso, segundo o autor, os resultados desse processo de avaliação são informações empregadas no planejamento e no controle da gestão organizacional, sendo a finalidade central do uso dos indicadores.

Nas sociedades modernas, o pensamento de que é preciso conhecer uma realidade para poder agir sobre ela forma um elemento fundamental para o desenvolvimento da avaliação em saúde (NOVAES, 2000). Todavia, essa avaliação precisa resultar de indicadores adequados e sensíveis às realidades de cada local, bem como de parâmetros que permitam a diferenciação dos serviços e a sua comparação ao que é aceitável (SCHOUT; NOVAES, 2007; GRENIER-SENNEЛИER et al., 2005).

Portanto, o sistema de mensuração de desempenho, além de ter consistência científica, deve estar ligado aos problemas que impactam a saúde da população e às

necessidades de gestores e consumidores, podendo sofrer influências devido a alterações nesse âmbito (KRAUS et al., 2005).

Historicamente, segundo Viacava (2004), foi a partir da década de 80 que vários países sentiram a necessidade de mensurar o desempenho das organizações de saúde; antes disso, porém, o Estado brasileiro já instituía indicadores para mensuração da performance dos hospitais e padronização das informações prestadas aos órgãos regulamentadores.

2.4.1 Indicadores de Avaliação Hospitalar no Brasil

Desde a década de 70, o Ministério da Saúde (MS) publica normas e manuais que buscam o estabelecimento e a unificação de uma terminologia hospitalar básica (HURST, 2001). O objetivo desses regulamentos é a padronização de termos, conceitos, indicadores e medidas estatísticas a serem utilizados nas instituições de saúde, de modo que seja facilitada a comunicação entre as unidades, os órgãos superiores e a sociedade (FELDMAN et al., 2005).

O primeiro esforço foi a inclusão de alguns capítulos sobre terminologia hospitalar nas Normas de Administração e Controle Hospitalar, em 1974; e a Portaria nº 517, de 28 de novembro de 1975, que criou um grupo de estudos para investigar definições e conceitos que possibilitassem a unificação dos termos no âmbito dos serviços sanitários, principalmente, da assistência (FERRARINI, 1977).

Essa investigação deu origem à Portaria nº 30, de 11 de fevereiro de 1977; à obra “Conceitos e Definições em Saúde”; ao Manual de Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviços de Saúde; e a outras legislações como a Portaria nº 61, de 15 de fevereiro de 1979, a Resolução nº 3 da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação, de 1981, e a Terminologia Básica em Saúde, em 1985 (Ministério da Saúde, 1985; SILVA; ROCHA, 2015). Este último apresentou tanto definições sobre os termos utilizados no âmbito da saúde, quanto medidas e indicadores hospitalares, com seus devidos conceitos e fórmulas de cálculo

Todavia, apesar dos esforços para a unificação das terminologias em saúde, nos anos 2000, foi possível observar uma multiplicidade de termos utilizados para situações comuns e a falta de padronização dos censos hospitalares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

Por esse motivo, em 30 de abril de 2002, houve a publicação da Portaria nº 312, que procurou “estabelecer, para utilização nos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, a Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a). Esta terminologia passou a ser aproveitada, então, na confecção dos relatórios de gestão e na exposição de dados estatísticos ao MS. Assim como o manual estabelecido em 1985 (Terminologia Básica em Saúde), esta portaria foi constituída por conceitos, definições, indicadores hospitalares e explicações técnicas para sua aplicação.

Ademais, ainda em 2002, foi publicada pelo MS a Portaria nº 1101/GM, dessa vez, na tentativa de uniformizar os parâmetros de cobertura assistencial do SUS diante das necessidades da população e dos avanços ocorridos na área da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

Há de se destacar que, em adição a isso, o Ministério da Saúde publicou, recentemente, duas novas portarias referentes às diretrizes para contratualização de hospitais do Sistema Único de Saúde – SUS – (em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar) e para a certificação de hospitais de ensino: Portaria nº 3410/2013 e Portaria nº 285/2015, respectivamente .

O quadro a seguir sintetiza os indicadores de gestão hospitalar propostos pelos manuais e portarias do Ministério da Saúde (citados anteriormente) aos hospitais integrantes do SUS. Destaca-se, que alguns indicadores foram sugeridos por mais de um regulamento. Sendo assim, desconsiderando-se as repetições, observa-se a existência de 32 indicadores (destacados em azul para facilitar a visualização).

Quadro 4: Indicadores de desempenho propostos pelo Ministério da Saúde

TERMINOLOGIA BÁSICA EM SAÚDE (1985)	PORTARIA 312 (2002)	PORTARIA 1101/GM (2002)	Portaria 3.410 (2013)
Índice de concentração	Média de pacientes/dia	Taxa de produtividade hospitalar	Taxa de ocupação de leitos
Índice de consultas/hora-médico	Média de permanência	Taxa de ocupação hospitalar	Tempo médio de permanência para leitos de clínica médica
Índice de consultas/médico	Taxa de ocupação hospitalar	Taxa média de permanência	Tempo médio de permanência para leitos cirúrgicos
Índice de intervalo de Substituição	Taxa de ocupação operacional	Taxa de mortalidade hospitalar	Taxa de mortalidade institucional
Índice de renovação ou giro de rotatividade	Taxa de ocupação planejada	Taxa de mortalidade operatória	Taxa de ocupação de leitos de UTI

Média de pacientes-dia	Taxa de mortalidade hospitalar	Taxa de mortalidade pós-operatória	Densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (UTI)
Média de permanência	Taxa de mortalidade institucional	Taxa de mortalidade materna hospitalar	-
Taxa de cesáreas	-	Taxa de mortalidade neonatal hospitalar	-
Taxa de cirurgia desnecessária	-	Taxa de pacientes com infecção hospitalar	-
Taxa de cobertura	-	Taxa de complicação hospitalar	-
Taxa de complicações	-	Taxa de intercorrências obstétricas	-
Taxa de infecção hospitalar	-	Taxa de Cesarianas	-
Taxa de internação/consulta	-	-	-
Taxa de mortalidade geral hospitalar	-	-	-
Taxa de mortalidade institucional	-	-	-
Taxa de mortalidade materna hospitalar	-	-	-
Taxa de mortalidade operatória	-	-	-
Taxa de mortalidade por anestesia	-	-	-
Taxa de mortalidade por infecção hospitalar	-	-	-
Taxa de mortalidade pós-operatória	-	-	-
Taxa de mortalidade transoperatória	-	-	-
Taxa de necropsia hospitalar	-	-	-
Taxa de ocupação hospitalar	-	-	-
Taxa de resolutividade	-	-	-

FONTE: Ministério da Saúde (1985; 2002a; 2002b; 2013)

Além dos indicadores da Portaria 3410/2013, listados no Quadro 4, esta portaria descreve as competências dos hospitais quanto ao eixo de avaliação (Artigo 10, Seção IV).

Art. 10. Quanto ao eixo de avaliação, compete aos hospitais:

- I - acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços;
- II - avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores quali-quantitativos estabelecidas no instrumento formal de contratualização;
- III - avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes;
- IV - participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS;
- V - realizar auditoria clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos; e

VI - monitorar a execução orçamentária e zelar pela adequada utilização dos recursos financeiros previstos no instrumento formal de contratualização. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Observa-se, portanto, como a Administração Pública está preocupada com o acompanhamento dos resultados organizacionais e dos processos internos para que a satisfação dos usuários e acompanhantes seja elevada. Até o término da pesquisa de campo, porém, a unidade de saúde examinada não havia realizado sua contratualização com a Política Nacional de Atenção Hospitalar.

Os dados da Portaria Interministerial n. 285, por sua vez, não foram dispostos no Quadro 4 devido a esta norma não especificar indicadores. Todavia, no Art. 16, Seção V, alínea b, da legislação, o “relatório sobre os programas para a garantia da Segurança Assistencial com indicadores e ações de melhorias desenvolvidas” é apontado como um dos critérios adicionais para certificação de um hospital de ensino (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Na legislação é requerida a contemplação de medidas e atividades voltadas a: identificação correta dos pacientes; administração e guarda segura dos medicamentos; segurança dos procedimentos cirúrgicos; prevenção de quedas; prevenção de úlceras por pressão; registros adequados e seguros nos prontuários dos pacientes; higienização das mãos; prevenção de infecções; e gerenciamento dos resíduos de saúde

A importância de se medir, adequadamente, o desempenho dos processos internos está, a princípio, em viabilizar a certificação do hospital de ensino. Porém, esta mensuração pode gerar, em especial, consequências positivas aos resultados da organização e ao atendimento da sociedade.

A unidade de saúde estudada, à época da pesquisa de campo, não havia aplicado esta portaria para desenvolver indicadores internos. Isso porque a sua certificação como fundação hospitalar de ensino ainda se encontrava no prazo.

No Brasil, por conseguinte, recomenda-se a avaliação dos hospitais (e dos seus profissionais) a partir de indicadores construídos voltados ao censo hospitalar (taxa de ocupação, média de permanência, índice de rotatividade, intervalo de substituição, taxa de mortalidade hospitalar e institucional, controle de infecções). Todos eles são indicadores clássicos basicamente inclinados para o gerenciamento das atividades de movimento dos pacientes e dos leitos hospitalares (SCHOUT; NOVAES, 2007).

Enquanto essas propostas de avaliação priorizarem somente a generalização no fornecimento de informações e não considerarem as características peculiares de cada hospital e dos pacientes atendidos, esses indicadores terão utilidade restringida (AZEVEDO, 1991). Isso porque o processo de tomada de decisão dos gestores permanecerá fundamentado em indicadores básicos, não especializados, e não será percebido o real impacto da assistência hospitalar sobre a saúde da população local (SILVA; ROCHA, 2015).

Isso não quer dizer que os hospitais devam utilizar apenas indicadores de desempenho especializados, próprios e isolados daqueles propostos pelas legislações pertinentes. Pelo contrário, como a padronização da nomenclatura e as referidas portarias foram constituídas para facilitar a comunicação entre as entidades de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1985, 2002a), estas precisam aplicá-las. Porém, não se proíbe a utilização de indicadores internos que auxiliem a tomada de decisão dos gestores e enfatizem as peculiaridades de cada organização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Isso porque um dos principais atributos do indicador deve ser a sua relevância (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2002).

3. METODOLOGIA

Neste capítulo são expostos os aspectos metodológicos que orientaram as atividades desta pesquisa, de modo que fossem alcançados o objetivo geral e os objetivos específicos estabelecidos. Assim, apresentam-se nesse momento: a classificação da pesquisa (quanto a sua natureza, quanto à forma de abordagem do problema, quanto aos objetivos e quanto aos procedimentos); o universo e a amostra da pesquisa; as etapas do trabalho; e os meios de coleta, análise e interpretação dos dados.

3.1 Classificação da Pesquisa

De início, quanto à natureza, esta pesquisa é aplicada (SILVA; MENEZES, 2005), uma vez que gerou conhecimentos direcionados à resolução de problemas específicos do hospital estudado, assim como de outras realidades similares.

Do mesmo modo, classifica-se a pesquisa quanto à sua abordagem como quali-quantitativa (CRESWELL; CLARK, 2015), pois coleta e avalia esses dois tipos de dados, dando prioridade a ambos e combinando-os durante as fases do estudo.

Quanto aos objetivos, o estudo é descritivo (RUDIO, 2015) por apresentar as características e perspectivas de um grupo de pessoas (gestores) e de um fenômeno (mensuração de desempenho hospitalar).

Ademais, os procedimentos técnicos adotados nesta pesquisa foram o levantamento, as pesquisas de campo, bibliográfica e documental e o estudo de caso (YIN, 2005; GIL, 2008; MARCONI; LAKATOS, 2010).

Todas essas características, inicialmente citadas, estão detalhadas nos subtópicos a seguir.

3.1.1 Natureza da Pesquisa

De acordo com a obra de Silva e Menezes (2005), este estudo classifica-se como pesquisa aplicada, pois o sistema de mensuração de desempenho gerado pode ser utilizado na rotina tanto do hospital investigado quanto de outras unidades de saúde, preservando-se, para isso, as peculiaridades de cada uma.

Segundo Gerhardt e Silveira (2009, p. 35), esse tipo de pesquisa “objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos”. Sendo assim, os indicadores de desempenho propostos podem auxiliar a fundação hospitalar em questão a melhorar o seu processo de tomada de decisão e os seus resultados.

3.1.2 Forma de Abordagem do Problema

Quanto à forma de abordagem do problema, classifica-se esta pesquisa como quali-quantitativa (CRESWELL; CLARK, 2015), pois tem enfoque misto (coleta e avalia dados qualitativos e quantitativos), dando prioridade a ambos e combinando-os durante as fases do estudo. Assim, para o alcance dos objetivos específicos, faz-se uma relação entre o mundo objetivo e a subjetividade das pessoas e processos investigados (FLEURY, 2012).

Dessa forma, este estudo buscou compreender o perfil profissional dos gestores; os indicadores utilizados na organização; e as percepções daqueles sobre

essas medidas, considerando que as informações e opiniões adquiridas podem ser traduzidas em números para posterior classificação e análise (SILVA; MENEZES, 2005).

3.1.3 Classificação da pesquisa quanto aos Objetivos

Quanto aos objetivos, esta pesquisa enquadra-se como descritiva. De acordo com Rudio (2015), um estudo descritivo observa determinada população ou acontecimento e descreve suas características.

Cervo e Bervian, (1983) complementam essa ideia ao afirmar que, na pesquisa descritiva, os fenômenos são observados e registrados sem a interferência ou manipulação do investigador, que busca identificar as características dos fatos e as conexões com outros acontecimentos.

Portanto, além de explicar as características dos profissionais investigados, os indicadores de desempenho dos relatórios de gestão e as perspectivas dos gestores sobre a utilização dessas medidas, o estudo fez conexões e inferências entre tais aspectos.

3.1.4 Classificação da pesquisa quanto aos Procedimentos

Quanto aos procedimentos, a pesquisa é classificada como bibliográfica, documental, além de ser um levantamento e um estudo de campo e de caso.

A pesquisa é bibliográfica, pois se baseia em publicações científicas sobre Gestão Pública, Estratégia, Sistemas de Mensuração de Desempenho Organizacional e Indicadores de Avaliação Hospitalar. O objetivo de explicar esses temas foi colocar a pesquisadora e os leitores em contato com aquilo escrito sobre o assunto central do estudo, bem como fornecer aporte teórico para a realização dos demais passos da pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Enquanto pesquisa documental, seguindo a classificação das mesmas autoras, foram investigados os relatórios de gestão institucional dos três anos anteriores ao estudo (arquivados na própria instituição) com o objetivo de obter informações sobre os indicadores de desempenho utilizados localmente.

Além disso, de acordo com a categorização de Gil (2008), esta pesquisa caracteriza-se como um levantamento, pois interrogou de modo direto as pessoas

cujas características se desejava conhecer. Ou seja, solicitaram-se informações a um grupo representativo de profissionais (gestores do hospital) sobre suas características (perfil) para que pudessem ser feitas inferências a respeito do impacto que geram na situação-problema.

Ainda segundo o mesmo autor, enquanto pesquisa de campo, o estudo observou as atividades dos gestores da unidade de saúde e realizou entrevistas estruturadas com esses profissionais para obter informações sobre a mensuração de desempenho na instituição.

E, como estudo de caso, esta pesquisa investiga um fenômeno atual, dentro do seu contexto de realidade, permitindo o seu conhecimento amplo e detalhado (YIN, 2005). Em outras palavras, este trabalho busca compreender detalhadamente a mensuração de desempenho dentro de um hospital de ensino, a fim de lhe propor melhorias.

3.2 Universo e Amostra

População ou universo é o conjunto de seres que possuem pelo menos uma característica em comum (MORESI et. al, 2003). Mais do que isso, pode-se considerá-los como a soma de sujeitos que têm as mesmas características determinadas para certo estudo (SILVA; MENEZES, 2005). A amostra, por sua vez, é um subconjunto ou porção apropriadamente selecionada do universo, isto é, seguindo uma regra, um critério de representatividade (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Neste estudo, o universo da pesquisa foram os gestores da unidade hospitalar investigada, responsáveis pela análise de indicadores de desempenho e, conseqüentemente, por tomadas de decisão. Segundo Clarkson (1995), a durabilidade de uma organização depende da desenvoltura de seus gestores em gerar valor, prosperidade e satisfação suficientes para que os *stakeholders* mantenham-se como parte do sistema corporativo.

Portanto, o grupo de indivíduos que compõe o universo da pesquisa é formado pelos seguintes gestores: Diretor Presidente, Diretor Administrativo-financeiro, Diretor de Assistência Médica, Diretor de Ensino e Pesquisa, chefes dos departamentos de Administração, de Finanças, de Clínica, Técnico Hospitalar, de Ensino e Pós-Graduação e de Pesquisa, bem como os 22 (vinte e dois) gerentes pertencentes a essas seções departamentais, totalizando 32 pessoas.

A partir disso, Mattar (1996) afirma que para escolher o processo de amostragem, o pesquisador precisa avaliar o tipo de pesquisa, a acessibilidade aos sujeitos, a representatividade necessária ou desejada para construção de resultados fidedignos e a disponibilidade de tempo, de recursos financeiros e humanos.

Sendo assim, nesta pesquisa, foi utilizada uma amostra não-probabilística, resultante da seleção de profissionais por acessibilidade (TEIXEIRA, 2003). Assim, dos 32 profissionais envolvidos na gestão do hospital, foram realizadas entrevistas estruturadas com 27 deles. Isso porque cinco gestores não foram acessíveis por motivos de licença médica e férias. Dessa forma, a amostra envolve 84,4% do universo da pesquisa.

3.3 Etapas da Pesquisa

Conforme visto na classificação da pesquisa quanto aos procedimentos (subitem 3.1.4), este estudo utilizou-se de inúmeras técnicas combinadas.

Na primeira etapa foram pesquisadas obras e publicações científicas sobre os seguintes assuntos centrais: Gestão Pública, Estratégia, Sistemas de Mensuração de Desempenho Organizacional e Indicadores de Avaliação Hospitalar. Dentro desses temas, o estudo deu foco aos seguintes subtópicos: O surgimento do Modelo Gerencial na Administração Pública, Estrutura da Administração Pública no Brasil, Planejamento Estratégico, Evolução das Medidas de Desempenho e Indicadores de Avaliação Hospitalar no Brasil. Ainda nesta etapa, foi possível definir o sistema de mensuração de desempenho mais adequado para aplicação na instituição estudada. Realizou-se, portanto, o primeiro e o segundo objetivo específico deste estudo, que fundamentou a redação, a interpretação dos dados e a proposta do conteúdo estratégico sugerido como resultado.

Em seguida, foram verificados os Relatórios de Gestão dos anos 2013, 2014 e 2015, disponíveis nos arquivos eletrônicos da instituição, por meio da pesquisa documental. O objetivo foi identificar os indicadores de desempenho utilizados pelo hospital nos três exercícios que antecederam a pesquisa, de modo a gerar subsídio para o entendimento do uso de tais medidas pelos gestores da unidade estudada.

O passo seguinte do estudo de caso foi o levantamento e a pesquisa de campo, com coleta de informações junto aos gestores, por meio da realização de entrevistas. Inicialmente, os entrevistados foram indagados sobre suas

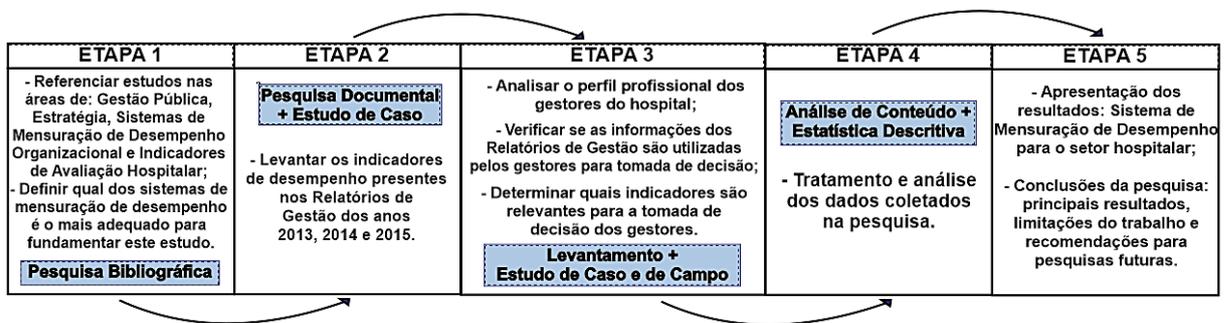
características, de modo que fosse compreendido o perfil profissional dos mesmos. Em seguida, verificou-se o entendimento desses profissionais acerca do sistema de mensuração de desempenho existente na fundação hospitalar e daqueles indicadores que eles consideram necessários ao processo de tomada de decisão.

Na quarta etapa, realizou-se o tratamento e a análise dos dados coletados. Para isso, foi construído um banco de dados com a síntese dos relatórios de gestão examinados e com as respostas dos gestores às entrevistas. Para a apreciação daquilo que foi reunido, utilizou-se como métodos a análise de conteúdo e a estatística descritiva (detalhados no subitem 3.5).

Partindo desses pressupostos, foi apresentado o resultado da pesquisa: um sistema de mensuração de desempenho baseado nas perspectivas do BSC e nas opiniões dos gestores entrevistados. Assim também, apresentou-se um mapa estratégico a partir dos indicadores propostos.

Por fim, a partir dos resultados, foram descritas as conclusões do trabalho sobre os principais resultados, as limitações do trabalho, e as recomendações para pesquisas futuras. A Figura 10 apresenta a sumarização das etapas da pesquisa descritas nesta seção.

Figura 10: Etapas da pesquisa



Fonte: Autora.

3.4 Coleta de dados

Conforme observado nas etapas da pesquisa, esta pesquisa adotou como meios de coleta de dados, os seguintes: publicações científicas referentes ao tema (pesquisa bibliográfica), documentos e relatórios de gestão pertencentes à fundação hospitalar estudada (análise documental), entrevistas estruturadas com os gestores e

a observação simples (levantamento e pesquisa de campo). Neste subitem, tais técnicas são detalhadas.

A pesquisa bibliográfica extraiu informações relevantes de artigos, livros e demais materiais impressos e eletrônicos ligados ao tema e capazes de fundamentar as atividades realizadas em campo. As principais bases de dados utilizadas para este fim foram: Google Acadêmico, SciELO e CAPES. Os principais autores que embasaram o estudo são apresentados no Quadro 5

Quadro 5: Principais autores referenciados por tema

GESTÃO PÚBLICA	O surgimento do Modelo Gerencial na Administração Pública	A superação do Modelo Burocrático	Pereira (1996); Abrucio (1997); Secchi (2009)
		Características do Modelo Gerencial	Pereira (1996); Abrucio (1997); Keinert (2007); Oliveira et al. (2013); Marini & Martins (2004); Motta (2013)
		Do Patrimonialismo ao Modelo Gerencial no Brasil	Monteiro et al. (2014); Torres (2007); Brulon et al. (2012); Costa (2008); Pereira (1998); Pinho (1998); Paes de Paula (2005).
	Estrutura da Administração Pública no Brasil	Administração Pública Direta	Monteiro et al. (2014); Paludo (2013); Mazza (2014); Batista (2012); Cunha Junior (2011)
Administração Pública Indireta			
ESTRATÉGIA	Noções Iniciais	Serra et al. (2015); Gonçalves et al. (2006); Mintzberg et al. (2006); Chandler (1962); Ohmae (1982); Wright et al. (2000); Johnson et al. (2011); Evans (2013).	
	Planejamento Estratégico	Silva & Gonçalves (2011); Mintzberg (2004); Fishmann e Almeida (1991); Serra et al. (2015); Terence (2002).	
SISTEMAS DE MENSURAÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL	Noções iniciais	Takashina e Flores (2004) ; Ukko (2007); Callado et al. (2013); Zilber e Fischmann (2002).	
	Evolução das Medidas de Desempenho	Hora e Vieira (2008); Niven (2002); Callado, Callado, Almeida (2008); Corrêa, Corrêa (2012); Ittner, Larcker (2003); Kaplan, Norton (1996); Neely, Adams (2000); FNQ (2014a)	
	SMDO aplicado à pesquisa	Brito (2010); Gassenferth e Machado (2007); Silva Junior et al. (2013); Crispim e Lugoboni (2012).	
INDICADORES DE AVALIAÇÃO HOSPITALAR	Indicadores de avaliação hospitalar no Brasil	Silva & Rocha (2015); Schout & Novaes (2007); MS (1985, 2002a, 2002b, 2013, 2015); Ferrarini (1977); Azevedo (1991); Feldman et al. (2005).	

Fonte: Autora.

Tratando-se da pesquisa documental, os dados foram coletados em arquivos institucionais, principalmente nos relatórios anuais de gestão. Esses documentos foram observados pela pesquisadora de modo que fossem identificados os indicadores de desempenho utilizados pela organização em 2013, 2014 e 2015.

Na terceira etapa da pesquisa, a coleta de dados foi feita por meio de entrevistas estruturadas com os 27 gestores do hospital (presidente, diretores, chefes de departamento e gerentes). O roteiro (Anexo B) que norteou a investigação foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com sede na própria fundação hospitalar de ensino investigada. O roteiro de entrevistas foi composto por possuindo 23 (vinte e três) questões divididas em 7 (sete) seções: Perfil Profissional; Relatórios de Gestão; Missão Organizacional; A importância dos clientes; Recursos disponíveis e Orçamento; Processos que geram valor; e Aprendizado e Crescimento.

Os quesitos da primeira seção (Perfil Profissional) têm caráter fechado, buscando entender características como idade, tempo na função, nível de escolaridade dos gestores e se os mesmos possuem formação em gestão. Esta parte do questionário não está disponível no Anexo B, pois é necessário manter sigilo das informações pessoais de cada gestor, assim como das suas identidades. Do contrário, as demais perguntas do roteiro de entrevista são abertas e, por isso, admitiram diferentes respostas e pontos de vista das lideranças, que estão disponíveis nesse trabalho.

Por se tratar de uma entrevista estruturada, as perguntas foram previamente definidas em um roteiro seguido durante as conversas com os entrevistados e procuraram averiguar, além do que já foi citado, as perspectivas e a compreensão de cada sujeito sobre: a missão organizacional da unidade de saúde; a identificação dos clientes, a importância deles para o hospital, assim como a mensuração do seu nível de satisfação; os processos internos que impactam diretamente na geração de melhorias aos clientes; a gestão de custos e a utilização eficiente dos recursos da instituição; o processo de aprendizado e crescimento dos ativos intangíveis da organização; e os indicadores considerados importantes para o processo de tomada de decisão, ainda que não sejam empregados atualmente na organização.

Após coletados os dados, fez-se então o tratamento e a análise dos mesmos.

3.5 Tratamento e Análise dos dados

Antes de interpretar os dados coletados na pesquisa, é necessário que estes passem por um processo de tratamento, no qual são ordenados, classificados e analisados, isto é, sumarizados de tal maneira que possibilitem a geração de respostas para o problema proposto (GIL, 2008).

Dessa forma, para os dados de cunho qualitativo foi utilizada a metodologia da análise de conteúdo definida por Bardin (1979). Segundo o autor, esse método possui um conjunto de técnicas de análise que emprega procedimentos ordenados de descrição do conteúdo para gerar mensagens, indicadores, inferências e conhecimentos. Essas técnicas envolvem a pré-análise (escolha dos dados), o exame do material (leitura) e o tratamento dos resultados (julgamento e validação).

Com isso, os dados qualitativos coletados nas entrevistas foram pré-analisados, lidos e categorizados em tabelas conforme os termos semelhantes citados pelos gestores e o número de citações referentes a uma mesma ideia.

Dessa forma, foi possível quantificar as opiniões dadas, principalmente, em relação à missão organizacional, à utilização dos relatórios de gestão e às necessidades de mensuração dos gestores para a tomada de decisão.

Por outro lado, para os dados de caráter quantitativo (que descrevem as características dos gestores), o método aplicado foi a estatística descritiva, com a utilização, principalmente, de medidas de tendência central e da distribuição de frequência. O banco de dados foi construído na ferramenta Excel, bem como os gráficos gerados no tratamento.

4. CONTEXTUALIZAÇÃO DO HOSPITAL DE ENSINO

Neste capítulo são apresentadas, de início, as características da unidade de saúde na qual esta pesquisa foi desenvolvida. Por motivos internos à fundação hospitalar, não se autorizou a utilização do nome da instituição no decorrer da dissertação. Todavia, para que se entenda o contexto no qual está inserida, são abordadas as suas características, atividades prestadas, especialidades e fatores estratégicos.

A instituição de saúde estudada integra a administração indireta do Poder Executivo do Estado do Amazonas, sendo vinculada à Secretaria de Estado da Saúde (SUSAM).

Historicamente, está presente no estado do Amazonas desde 1953, quando era um sanatório. Em 1979, esta unidade passou a ser caracterizada como um hospital geral, sendo gerenciada pelos Governos Estadual e Federal. Em 2003, após ter sua estrutura reformada e com alto padrão físico e tecnológico, o hospital foi estabelecido como fundação hospitalar, passando a integrar a estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde, com referência em Traumatologia, Ortopedia, Fisioterapia e tratamento de Tuberculose. Em 2008, tornou-se Hospital de Ensino, possibilitando a prática de atividades curriculares na área da saúde.

Atualmente, como fundação pública de direito público, este hospital dispõe de mais de 16.200 m² construídos, entre áreas administrativas e médicas (Atendimento Ambulatorial, Laboratorial, Hospitalar, Apoio Diagnóstico, Fisioterapia, Administração Geral, Ensino e Pesquisa). Sua capacidade instalada é de 226 leitos ativos, utilizados para internação de pacientes advindos dos prontos socorros da capital, interior do Amazonas, estados circunvizinhos e rede básica de saúde.

Esta internação hospitalar possui as seguintes especialidades: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Buco-Maxilo, Urologia, Cardiologia Clínica e Cirurgia, Ortopedia, Cirurgia Plástica, Cuidados Intensivos e Transplantes Hepáticos. São oferecidos, ainda, cuidados intensivos através dos leitos da Unidade de Terapia Intensiva para adultos e Unidade Intermediária.

Os serviços ambulatoriais do hospital, por sua vez, abrangem 21 especialidades: Urologia, Proctologia, Cirurgia Plástica, Torácica, Vascular, Geral, Traumatologia-ortopédica, Endocrinologia, Gastroenterologia, Nutrologia, Neurologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Cardiologia, Clínica Geral, Reumatologia, Hepatologia, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição e Serviço Social.

Em síntese, portanto, a Missão Organizacional da fundação é ser Hospital Público que atua na Assistência, Ensino e Pesquisa de forma interativa, interdisciplinar e qualificada, contribuindo para melhoria dos níveis de saúde da população para o desenvolvimento integrado da região.

Por fim, o hospital tem como Visão ser reconhecido na região Norte, como Hospital de Referência em Assistência, Ensino e Pesquisa nas áreas Clínica e Cirúrgica, tendo como valores: Tecnologia; Compromisso com os usuários;

Valorização Profissional; Eficiência e Eficácia; Espírito de Equipe; Ética e Ciência; Inovação e Intercâmbio; Qualidade e Incentivo ao Ensino e Pesquisa; Responsabilidade Social.

O organograma institucional do hospital estudado pode ser visto no Anexo A.

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Neste item, são apresentados e analisados os dados recolhidos no levantamento e nas pesquisas de campo e documental. Esta parte está subdividida conforme os objetivos específicos do estudo que estão ligados a esses procedimentos técnicos, sendo eles: levantar os indicadores de desempenho presentes nos Relatórios de Gestão dos anos 2013, 2014 e 2015; analisar o perfil profissional dos gestores do hospital; verificar se as informações presentes nos Relatórios de Gestão da unidade são utilizadas pelos gestores para tomada de decisão; e determinar quais indicadores de desempenho são considerados relevantes pelos gestores do hospital para o processo de tomada de decisão.

5.1 Análise dos Relatórios de Gestão de 2013, 2014 e 2015

Para responder a este objetivo específico (Levantar os indicadores de desempenho presentes nos Relatórios de Gestão dos anos 2013, 2014 e 2015), pesquisou-se nos documentos institucionais os respectivos Relatórios de Gestão. Estes resumos reúnem informações sobre as atividades desenvolvidas anualmente na unidade de saúde. É possível acessá-los, inclusive, por meio do Portal da Transparência do hospital, disponível à população interessada e aos próprios funcionários da organização.

Destaca-se que o propósito deste subitem não foi examinar os resultados da instituição dos últimos anos, mas verificar quais indicadores de mensuração foram utilizados para medir o desempenho da mesma.

Dessa forma, observou-se nos relatórios que a medição é dividida conforme as três diretorias do hospital: Diretoria de Assistência Médica (DAM), Diretoria de Ensino e Pesquisa (DEP) e Diretoria Administrativo-Financeira (DAF).

O Quadro 6 apresenta as informações que foram mensuradas na fundação hospitalar em 2013 e o Quadro 7 demonstra os indicadores utilizados em 2014 e 2015 (períodos nos quais foram utilizados indicadores iguais).

Quadro 6: Indicadores de desempenho do Relatório de Gestão 2013

ASSISTÊNCIA MÉDICA	Consultas ambulatoriais especializadas
	Internações hospitalares especializadas
	Atendimentos em fisioterapia
	Produção Nutrição e Dietética
	Transfusões de hemocomponentes
	Atendimentos de serviço social
	Atendimento de psicologia
	Cirurgias diversas
	Cirurgias ortopédicas
	Fornecimento de órteses e próteses
	Revisão ortopédica – Gesso
	Jornadas de cirurgias
	Cirurgias de pequeno porte
	Laboratório de análises clínicas
	Radiologia - Raio-x
	Eletrocardiograma
	Ultrassonografia
	Ressonância Magnética
	Tomografia computadorizada
	Endoscopia digestiva alta
	Colonoscopia
	Captação de órgãos - Rins de doador falecido
	Transplantes de órgãos - Rins de doador falecido
	Transplantes de órgãos - Rins de doador vivo
	Captação de córneas
	Transplantes de córneas
ENSINO E PESQUISA	Quantitativo de médicos residentes por programa
	Número de vagas por curso
	Crescimento do número de vagas (2009/2013)
	Frequência dos alunos do Programa de Internato
	Distribuição dos alunos do Programa de Internato
	Distribuição dos alunos do Programa de Estágio
DAF	Demonstrativo do Destaque por fonte
	Demonstrativo da Execução da Despesa
	Demonstrativo da Despesa com tíquete alimentação
	Compartaivo do Faturamento (gostado/pago/produzido)
	Processos formalizados no sistema e-compras
	Recursos humanos
	Entrevistas agendadas
	Matérias publicitárias

Fonte: Dados da organização, 2016.

Quadro 7: Indicadores de desempenho dos Relatórios de Gestão 2014 e 2015

ASSISTÊNCIA MÉDICA	Consultas Ambulatoriais
	Frequência por especialidade das consultas ambulatoriais
	Atendimentos Fisioterápicos
	Revisão Ortopédica (gesso)
	Atendimento de Psicologia
	Atendimento de Serviço Social

	Procedimentos de Análises Clínicas realizados
	Exames de imagem e grafia realizados
	Tipo de exame realizado no setor de Imagenologia
	Internações clínicas realizadas (geral e por especialidade)
	Cirurgias realizadas (geral e por especialidade)
	Transfusões realizadas pelo banco de sangue (geral e por especialidade)
	Exames pré-transfusionais realizados pelo Banco de Sangue
	Tipo de exames realizados nos pacientes internados
	Frequência mensal de Órteses, Próteses e Materiais Especiais utilizados
	Frequência de refeições servidas
	Frequência de medicamentos dispensados pela Farmácia
	Procedimentos em Transplante Hepático
	Captações de Rins
	Captações de Fígado
	Captações de Córneas
	Taxa de utilização de Cateter Vesical Permanente
	Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário
	Taxa de utilização de Cateter Venoso Central
	Densidade de Incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Clínica
	Densidade de Incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial
	Taxa de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Relacionada ao Cateter Venoso Central
	Taxa de Utilização de Ventilação Mecânica
	Densidade de Incidência de Pneumonia Associada ao uso de Ventilação
	Taxa de Pneumonia Relacionada à Ventilação Mecânica
	Taxa de Ocupação de Leitos
	Média de Permanência
	Taxa de Mortalidade
	Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico
	Taxa de Sensibilidade e Resistência de Microrganismos em Hemocultura
	Taxa de Sensibilidade e Resistência de Microrganismos em Urinocultura
	Sensibilidade e Resistência de Microrganismos em Secreção Traqueal
	Utilização de antibióticos
	Flora Microbiana
ENSINO E PESQUISA	Quantidade de Bolsas Credenciadas por especialidade
	Quantidade de Vagas para R1
	Índice de Preenchimento de Vagas R1
	Disposição de Bolsas
	Índice de Preenchimento das Bolsas Credenciadas
	Bolsas Utilizadas Por Programa
	Médicos residentes por instituição
	Estágios em Regime de Internato em Medicina
	Outros Estágios na Área da Saúde (estágio por área)
	Grupos de Pesquisas no CNPq
	Eventos Realizados pela Rede Universitária de Telemedicina
	Projetos de pesquisas de iniciação científica
	Procedimentos realizados pelo Serviço de Anatomia Patológica
	Frequência por Área do Conhecimento dos projetos de pesquisa avaliados pelo CEP
	Frequência por Subárea do Conhecimento dos projetos de pesquisa avaliados pelo CEP
	Frequência por Instituição Proponente dos projetos de pesquisa avaliados pelo CEP
	Frequência por Situação dos projetos de pesquisa avaliados pelo CEP
DAF	Demonstrativo de Execução Orçamentária
	Execução Orçamentária por Origem do Recurso
	% Orçamento Autorizado Por Programa de Trabalho
	Execução Orçamentária por Programa de Trabalho
	Previsão X Apuração de cirurgias e consultas realizadas em Traumato-Ortopedia

Demonstrativo do Faturamento
Faturamento Recebido X Previsto e Apresentado
Produção Hospitalar e Ambulatorial
Índice financeiro Global de Contratos e Convênios
Investimento em Equipamentos e Material Permanente
Índice de Investimento por origem do Recurso
Demonstrativo Financeiro dos Bens Adquiridos e Recebidos
Inventário
Bens Materiais e Equipamentos Médico-hospitalares Permanentes e Diversos
Processos de Licitação Abertos (finalizados e cancelados)
Processos Finalizados Por Modalidade de Aquisição
Preenchimento da Força de Trabalho
Pessoal Por Regime de Contratação
Servidores Efetivos Por Escolaridade
Funcionários Terceirizados Por Finalidade dos Serviços
Funcionários Terceirizados da Área Fim
Funcionários Terceirizados da Área Meio
Eventos de Capacitações
Índice de Servidores Capacitados
Entrevistas agendadas
Matérias publicitárias

Fonte: Dados da Organização, 2016.

Percebe-se que, a partir de 2014, a quantidade de indicadores apresentada no Relatório de Gestão foi consideravelmente maior. Em 2013 eram mensuradas 40 informações e a partir do ano seguinte passaram a ser 82 indicadores disponibilizados nos relatórios. Isto é, o número mais que dobrou de um ano para outro e se manteve em 2015.

Este fato foi observado em todas as diretorias. No âmbito da Assistência Médica, por exemplo, novas medidas foram dispostas quanto aos tipos de exames realizados e aos fatores de infecção hospitalar. Do mesmo modo, a Diretoria de Ensino e Pesquisa passou a mensurar dados sobre estágios e projetos de pesquisas desenvolvidos sob responsabilidade da fundação. Ademais, a Diretoria Administrativo-Financeira passou a abarcar medidas de investimento, inventários, licitações, tipos de funcionários e programas de capacitação.

Alguns desses indicadores de avaliação hospitalar têm seu uso recomendado por normativas específicas, conforme visto no subitem 2.4.1 do referencial teórico.

A quantidade de indicadores de desempenho observada nos relatórios, contudo, não reflete as informações efetivamente utilizadas na rotina dos gestores para a tomada de decisão.

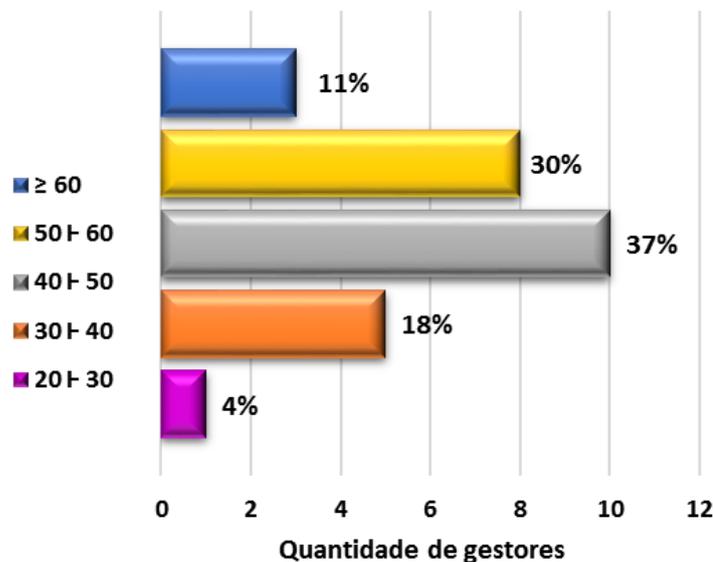
5.2 Análise do perfil profissional dos gestores

Para este estudo, entende-se como perfil profissional as características e habilidades de cada entrevistado que podem interferir diretamente nas atividades demandadas pelo cargo que ocupam, tais como: idade, tempo como gestor na unidade hospitalar, área de formação, dentre outros.

Com o intuito de atender ao primeiro objetivo específico da pesquisa de campo (Analisar o perfil profissional dos gestores do hospital), algumas perguntas de caráter fechado foram direcionadas às lideranças durante as entrevistas.

Inicialmente, buscou-se identificar a faixa etária dos entrevistados. Em primeira análise, constatou-se que a média de idade das lideranças é de 47 anos. O Gráfico 1 fortalece este panorama ao demonstrar que 78% dos gestores tem idade igual ou acima dos 40 anos e apenas seis gestores (22%) possuem idade inferior a isso.

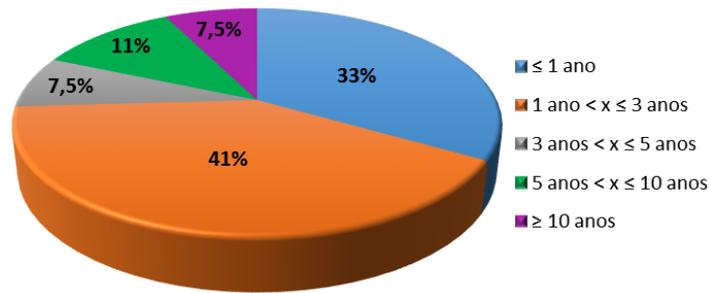
Gráfico 1: Idade dos Gestores



Fonte: Autora.

Os cargos de liderança deste hospital, portanto, são ocupados principalmente por pessoas com certo nível de maturidade e experiência profissional. Isso aponta, todavia, para a incipiente presença de jovens nos níveis gerenciais da instituição.

Do mesmo modo, quando perguntados sobre o tempo como gestores na fundação hospitalar, obteve-se o seguinte quadro: 41% dos entrevistados estão na gestão do hospital há mais de um ano e menos e três anos; e, ainda, 33% dos gestores têm um ano ou menos na função. Isso pode ser observado no Gráfico 2.

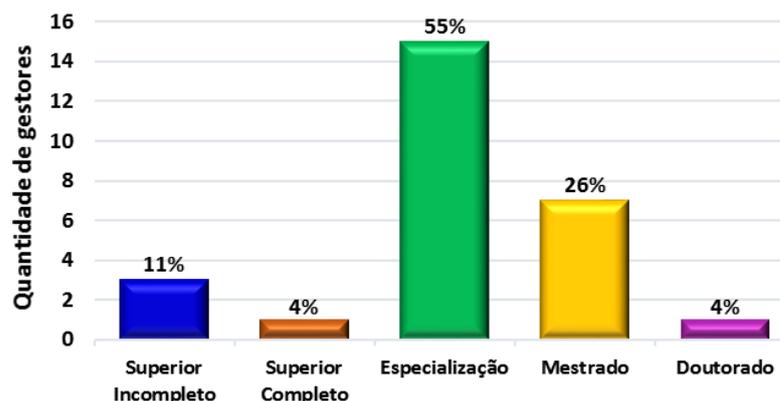
Gráfico 2: Tempo como gestor no hospital

Fonte: Autora.

Essa situação se deve, principalmente, às constantes mudanças que decorrem das eleições políticas. Isto é, com a alteração do Chefe do Executivo (de quatro em quatro anos, exceto os casos de reeleição) há modificações também no corpo gerencial das organizações públicas da administração direta e indireta.

Outros aspectos relevantes à definição do perfil profissional dos gestores são: o nível de escolaridade, a área do conhecimento e se eles possuem alguma formação em gestão.

O nível de escolaridade dos gestores do hospital pode ser visualizado no Gráfico 3. Verifica-se que pelo menos 85% dos entrevistados possui alguma especialização (pós-graduação), porém 11% (3 gestores) não possui nível superior completo, o que pode comprometer a execução das tarefas inerentes ao cargo.

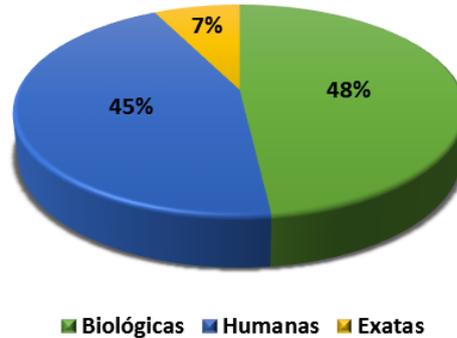
Gráfico 3: Nível de escolaridade dos gestores

Fonte: Autora.

Da mesma maneira, quando investigadas as áreas de conhecimento dos entrevistados, observou-se a seguinte realidade: a maior parte dos gestores do hospital possui formação em áreas biológicas (Medicina, Enfermagem e Farmácia). Esta realidade não se difere do que é constantemente visto em outras unidades de saúde, onde médicos, enfermeiros e farmacêuticos atuam como administradores (OLIVEIRA, 2016)

Destaca-se, ainda, que 45% dos entrevistados têm conhecimentos nas áreas de humanas, tendo concluído ou cursando faculdades de Administração, Psicologia, Economia, Contabilidade, Direito, dentre outras. Estas informações podem ser constatadas no Gráfico 4.

Gráfico 4: Áreas de conhecimento dos gestores



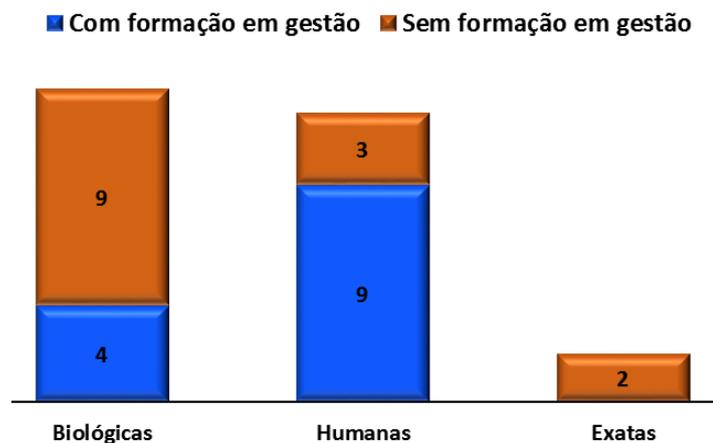
Fonte: Autora.

Além disso, buscou-se ainda compreender se as lideranças desta fundação hospitalar possuem formação acadêmica em gestão, seja a nível de graduação ou de pós-graduação.

A partir dos dados coletados, pôde-se verificar que 14 gestores (52% do total) não realizaram cursos voltados à área administrativa. Isto é, estão em cargos gerenciais sem possuir conhecimento formalmente evidenciado em gestão.

Esse quadro se agrava quando observamos a estratificação por área de conhecimento, segundo o Gráfico 5.

Gráfico 5: Formação em Gestão *versus* Áreas de Conhecimento

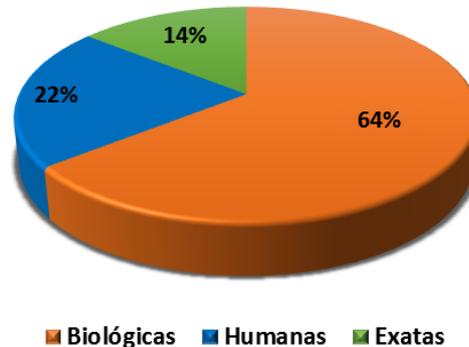


Fonte: Autora.

Percebe-se que o maior *gap* de conhecimentos em gestão está no grupo de entrevistados da área biológica, no qual quatro médicos, três enfermeiros e dois farmacêuticos não possuem formação gerencial.

O Gráfico 6 comprova essa disparidade ao indicar o percentual de lideranças sem formação em gestão por área de conhecimento. Fica evidente que 64% desse grupo é integrado por gestores de áreas biológicas.

Gráfico 6: Lideranças sem formação em gestão por área de conhecimento



Fonte: Autora.

Em síntese, o perfil dos gestores desta organização hospitalar envolve, pessoas com idade igual ou acima dos 40 anos que, apesar desta faixa etária, estão na função de liderança há menos de três anos. Isto é, a alta rotatividade das lideranças de organizações públicas ocasiona a baixa experiência desses profissionais na atual função que exercem.

Quanto ao nível de escolaridade dos entrevistados, pôde-se compreender que 85% deles possui, no mínimo, cursos de especialização. Porém, esta formação acadêmica, em mais da metade dos casos, não envolve o desenvolvimento em gestão. Especialmente quando se trata dos profissionais das áreas de ciências biológicas.

Estas informações, portanto, são relevantes por auxiliarem, primeiramente, a própria organização a melhor desenvolver as competências dos seus gestores, de modo que desempenhem suas funções com excelência.

Para este estudo, a definição do perfil profissional dos gestores contribui com o entendimento de como a atual liderança percebe o relatório de gestão do hospital e os próprios indicadores de desempenho que existem neste documento.

5.3 Utilização dos Relatórios de Gestão

Visto que o hospital estudado formula anualmente um relatório com informações acerca das atividades realizadas pela unidade, foram feitos dois questionamentos aos gestores sobre a utilização desses dados. O primeiro indagou

"Qual o objetivo do Relatório de Gestão do hospital?" e o segundo "O (a) Sr. (a) utiliza o Relatório de Gestão para tomar decisões quanto às suas atividades?".

A importância desses questionamentos está em verificar se as informações contidas neste balanço anual são úteis e suficientes para a tomada de decisão dos gerentes, chefes de departamento e diretores da unidade de saúde. Este foi o segundo objetivo específico da pesquisa de campo.

O quadro abaixo demonstra a síntese das respostas dos entrevistados quanto aos objetivos do relatório gerencial (as respostas integrais podem ser vistas no Anexo B).

Cada respondente citou um ou mais objetivos, por isso, o total de citações sobrepõe-se ao número de gestores. Por meio da análise de discurso, foram categorizadas as assertivas similares e contabilizado o total de vezes que foram citadas.

Quadro 8: Objetivos do Relatório de Gestão Anual

Objetivos	Nº de citações	Termos-chaves
Avaliar os serviços do hospital	16	Avaliar os serviços; autocrítica; avaliar o que foi feito; produtividade do hospital; pacientes atendidos; o que foi executado/feito; pontos positivos e negativos; fazer um balanço de todas as atividades desenvolvidas; fazer um comparativo; verificar se houve melhora; se os objetivos foram alcançados; avaliar o nosso desempenho como gestores
Fornecer informações para planejar as ações de melhoria necessárias	13	Dar subsídios de melhoria; fornecer informações; fazer novas programações; programar as ações para o ano seguinte; o que pode ser mudado, melhorado; fornece indicadores; corrigir erros para o próximo ano; planejamento futuro; consolidação dos dados; filtrar as necessidades; proposta de decisões futuras.
Prestar informações aos superiores (SUSAM, Tribunal de Contas do Estado, Ministério da Saúde);	8	Atender a mensagem do governador e o plano plurianual; as informações são repassadas para a diretoria e para a secretaria do estado; dar uma satisfação para o gestor que está acima de nós; passar informações; para o gestor maior tomar decisão; prestar contas com a SUSAM e com o Ministério; o relatório é uma obrigação; é levado ao tribunal de contas;
Melhorar o atendimento à população	4	Melhorar a prestação de serviços à comunidade; melhorar o atendimento à população; melhor qualidade de atendimento aos pacientes.
Buscar recursos	4	Serve para buscarmos recursos; solicitar e receber novos recursos.
Divulgar dados à população	3	Divulgação pública; para que as pessoas vejam; passar conhecimento para a população.

Fonte: Autora.

Segundo os entrevistados, o objetivo do Relatório de Gestão Anual é, sobretudo, avaliar os serviços do hospital para, a partir dessas informações, planejar as ações de melhoria necessárias. Além disso, oito gestores citaram que este

documento é utilizado para prestar contas com os órgãos superiores. E houve aqueles que afirmaram que o relatório busca melhorar o atendimento à população (4), serve como base para a solicitação de novos recursos (4) e deve ser usado para a divulgação de informações à população (3).

Apesar das afirmações feitas quanto aos objetivos do relatório, quando perguntados sobre a utilização desses documentos gerenciais para a tomada de decisão, 41% dos entrevistados (11 gestores) afirmaram que o relatório não os auxilia a tomar decisões quanto às suas atividades. Isso pode ser ilustrado por meio do Gráfico 7.

Gráfico 7: Utilização do Relatório de Gestão para tomada de decisão



Fonte: Autora.

Depreende-se, portanto, que o relatório não é utilizado efetivamente pelos gestores da organização como ferramenta de gestão. Os motivos alegados pelos entrevistados são: a falta de conhecimento dos dados do diagnóstico; o fato do gestor ter assumido a função recentemente; a falta de tempo do líder para visualizar as informações dispostas no documento; a inexistência de dados que auxiliem as decisões; a dificuldade no acesso ao relatório; as informações generalistas apresentadas no documento; e o fato do gestor não se considerar tomador de decisão dentro do seu setor.

Este último motivo foi citado por dois gestores do hospital (entrevistados 4 e 23), onde um deles afirmou: *“Não uso o relatório, pois eu não tenho poder para tomar decisões. Normalmente repasso as necessidades para minha chefe imediata e ela repassa para o diretor. Existe uma hierarquia e eu não tenho poder para tomar decisões diretamente”*. Assim, apesar de ser gerente de um setor, o respondente acredita que a tomada de decisões é exclusiva dos superiores.

A respeito da não utilização do relatório por falta de dados específicos que auxiliem a rotina e a tomada de decisão do gestor, pode-se visualizar a seguinte colocação feita pelo 18º entrevistado: *“Ele serve somente como um balanço, porém para tomar decisão, nenhuma. Pois todas as minhas decisões são tomadas dentro do meu setor, com os dados que eu tenho”*.

Semelhantemente, apesar de afirmar que utiliza o relatório de gestão no que se refere a ensino e pesquisa, o respondente número 2 afirmou: *“(...) os dados do relatório não são muito úteis internamente, apenas para informar à população. São necessários mais indicadores para que se tenha uma gestão mais apurada”*. No mesmo sentido, o gestor número 9 ponderou: *“Sim, utilizo o relatório. Mas utilizo principalmente outras informações coletadas no dia a dia”*.

O 24º entrevistado fez assertivas comuns às anteriores, acrescentando a dificuldade de acesso ao relatório: *“(...) é muito difícil conseguir informações sobre o relatório. Os dados são apenas quantitativos. Não há dados qualitativos. Com isso não se toma decisão”*.

Vê-se, portanto, a necessidade de uma ferramenta que contenha informações realmente capazes de contribuir com a rotina de decisões dos gestores e que sejam, principalmente, acessíveis. Apesar de 59% deles utilizarem os relatórios de alguma maneira, os indicadores existentes nestes documentos não são suficientes para o processo de gestão como um todo.

Assim, com a finalidade de identificar quais indicadores de desempenho são considerados relevantes pelos gestores do hospital para o processo de tomada de decisão (quarto objetivo específico da pesquisa de campo), foram realizadas novas perguntas abertas durante as entrevistas. Os dados coletados são dispostos no próximo subitem.

5.4 Indicadores relevantes para a tomada de decisão

Esta seção é necessária para o alcance do objetivo geral do estudo, pois, para que se projete um rol de indicadores, é necessário entender aqueles que os gestores utilizam bem como os que eles têm por necessidade para melhorar suas tomadas de decisão.

A fim de atender a este objetivo específico foram realizadas, novamente, perguntas de caráter aberto aos gestores. Tais perguntas foram estratificadas em

cinco segmentos: Missão Organizacional, Clientes do Hospital, Perspectiva Financeira; Processos Internos e Aprendizado e Crescimento, que são os parâmetros do Balanced Scorecard (ferramenta utilizada neste estudo).

Os dados coletados nas entrevistas foram organizados e interpretados com base na análise de discurso. Isso possibilitou a contabilização adequada das informações prestadas pelos gestores. Ressalta-se, novamente, que as respostas na íntegra podem ser observadas no Anexo B.

5.4.1 Missão Organizacional

A primeira pergunta desta seção procurou entender, inicialmente, “Qual a Missão Organizacional deste hospital?”. Isso porque, quando se desenvolve um sistema de mensuração de desempenho para instituições públicas com base no Balanced Scorecard, a missão organizacional se descola para o topo das prioridades (NIVEN, 2011). Isto é, o objetivo principal deixa de ser o desempenho financeiro e passa a ser a missão da instituição.

Conforme visto no item 4, a missão da organização estudada é “Ser Hospital Público que atua na Assistência, Ensino e Pesquisa de forma interativa, interdisciplinar e qualificada, contribuindo para melhoria dos níveis de saúde da população para o desenvolvimento integrado da região”.

Todavia, a pergunta buscou verificar se os gestores conhecem esta missão, ou seja, se eles sabem qual é o objetivo principal da organização na qual trabalham.

O quadro a seguir aponta a síntese das respostas dos entrevistados. Os gestores envolveram vários objetivos do hospital em suas assertivas e, por isso, o total de citações (64) é diferente do número de entrevistados (27).

Quadro 9: Missão Organizacional do Hospital segundo os gestores

Missão do Hospital	Nº de citações	Palavras-chaves
Atendimento de qualidade à população	10	Qualidade do atendimento ao paciente, atender o cliente com qualidade, humanização e respeito ao usuário, atender sempre melhor o cliente, atendimento, acolhimento, atender com excelência, bom atendimento, atendimento qualificado e humanizado, atender com eficiência
Assistência na área da saúde	9	Serviços de saúde, assistência, promoção da saúde, assistência médica, atendimento em saúde, reduzir o sofrimento, prestar um bom serviço na área da saúde, hospital geral, atender a população em várias áreas da saúde.

Gestores que afirmaram não conhecer a missão do hospital	9	Não sei; eu nunca cheguei a conhecer a missão do hospital; eu não tenho a missão pactuada; no meu entender, sem ser aquela frase pronta; eu ainda não tive a oportunidade de ver; difícil definir; não lembro o que está escrito; eu gostaria de me deter à minha área de atuação.
Atendimento ortopédico	8	Área de ortopedia, atendimento ortopédico, ortopedia, cirurgia ortopédica, traumatologia-ortopedia.
Ensino e pesquisa	6	Ensino, pesquisa, residência médica.
Cirurgias	6	Cirurgias eletivas de média e alta complexidade, cirurgia, cirurgia geral.
Atendimento ambulatorial	6	Consultas, ambulatorial, clínica médica.
Atendimento em várias especialidades	6	Urologia, otorrino, hospital geral, outras especialidades, especialidades que incorporou, muitas especialidades.
Realização de exames	3	Exames ambulatoriais clínicos e de média e alta complexidade, exames, laboratório.
Prestação de informações	1	Prestação de informações

Fonte: Autora.

Como visto, a terça parte dos gestores (9) desconhecem a missão do hospital. Exemplificando esta situação, o entrevistado número 9 afirmou: *“Eu não tenho a missão pactuada, pra falar a verdade eu nem sei se existe uma missão pactuada, pois não vi e nem está exposta no hospital”*. De modo igual, o 19º gestor fez a seguinte colocação: *“A missão geralmente fica estampada nas fundações e hospitais por onde já passei, mas aqui eu nunca vi! (...) se tiver uma missão montada, escrita, eu ainda não tive a oportunidade de ver”*.

Outras declarações similares podem ser vistas no quadro anterior, na coluna de palavras-chaves. Por meio delas, infere-se que a baixa divulgação da missão do hospital compromete o entendimento dos gestores sobre o objetivo da instituição. Apesar disso, os entrevistados responderam, de acordo com suas concepções ou intuitivamente, o que compreendem sobre a missão organizacional do hospital.

O atendimento de qualidade à população (10 citações), a assistência na área da saúde (9 citações) e o atendimento ortopédico (8 citações) foram os itens mais abordados pelos gestores. Observa-se, porém, que a melhoria do atendimento prestado aos usuários figurou entre os itens menos citados no tópico anterior sobre o objetivo do relatório de gestão. Isso representa uma dicotomia entre o entendimento da missão organizacional e o objetivo do relatório gerencial.

Ainda quanto ao Quadro 9, fez-se referência a ensino e pesquisa, à realização de cirurgias, ao atendimento ambulatorial e às várias especialidades que a fundação possui. Cada um desses itens foi citado seis vezes como parte da missão do hospital. Citou-se ainda a prestação de informações e a realização de exames, igualmente, como objetivos da instituição, porém em frequência não significativa.

Portanto, depreende-se que assistência, ensino, pesquisa, atendimento qualificado e melhoria dos níveis de saúde (itens expostos na missão organizacional do hospital) foram considerados pelos gestores. Porém, não se fez menção à forma interativa e interdisciplinar como devem atuar, nem ao desenvolvimento integrado da região (desejado igualmente no texto da missão).

5.4.2 Clientes do Hospital

A fim de identificar quais públicos são beneficiados por algum tipo de serviço prestado pelo hospital (os grupos de interesse envolvidos), fez-se a primeira pergunta deste segmento: “Quem são os clientes deste hospital e como gerar valor para eles?”.

A importância de entender quem são os clientes está nas peculiaridades e necessidades de cada um deles (NIVEN, 2002). Isto é, cada cliente exige uma ação específica, pois percebe o valor gerado pela organização de maneiras diferentes. E entender isso é essencial para a estruturação dos objetivos do hospital, bem como dos indicadores que meçam seus resultados.

De acordo com os gestores entrevistados, os clientes da instituição são os servidores, os funcionários terceirizados, os usuários (pacientes) de média e alta complexidade, os pesquisadores de iniciação científica, os pesquisadores de pós-graduação, os estagiários, os médicos residentes de todas as especialidades, os alunos internos finalistas, os alunos da graduação e os funcionários voluntários.

Esses vários clientes podem ser sintetizados como pacientes (ou usuários), pesquisadores (de iniciação científica, de pós-graduação, alunos de graduação), residentes médicos, internos e funcionários (servidores, terceirizados, voluntários, estagiários).

Embora a sua não citação nas entrevistas, o meio ambiente, a comunidade e o governo são igualmente *stakeholders* que devem ser considerados clientes-alvo, principalmente, de uma instituição pública (KAPLAN; NORTON, 2004). Dessa forma, para a construção do sistema de mensuração de desempenho (objetivo desta dissertação), serão considerados todos esses clientes e as suas necessidades específicas.

Além disso, neste mesmo subitem, os entrevistados foram questionados sobre como gerar valor para os clientes. Cada gestor pôde citar mais de uma maneira de se realizar isto. O Quadro 10 apresenta a síntese das colocações.

Quadro 10: Geração de valor aos clientes

Como criar valor aos clientes	Nº de citações	Termos-chaves
Serviços eficientes, de qualidade e que satisfaçam os clientes	20	Satisfação; melhoria contínua dos serviços; eficiência; resolução de problemas; serviços especializados; funcionalidade dos serviços; serviços de qualidade; rapidez; presteza; melhor forma possível; excelência; sanar necessidades; sistemas eficientes; curar enfermidades; equipes alinhadas.
Atendimento humanizado	9	Acolhimento; tratamento respeitoso; pessoas atenciosas; bom atendimento ao público; receber bem os clientes; calor humano; tratamento humanizado; cuidado.
Transparência nas informações	5	Transparência; prestar contas, dados corretos.
Boas condições de trabalho para os funcionários	4	Estrutura física favorável; alimentação; sistemas eficientes
Ensino de qualidade para alunos, residentes e servidores	3	Condições para que aprendam o certo; ensino de qualidade

Fonte: Autora.

Segundo vinte gestores, cria-se valor para os clientes por meio de serviços eficientes, qualificados e satisfatórios. Isto é, com foco na melhoria contínua e na excelência, com serviços especializados, funcionais e com sistemas adequados. Nove entrevistados, por sua vez, responderam que o atendimento precisa ser humanizado, com prioridade ao acolhimento das pessoas, ao tratamento atencioso e respeitoso. E houve gestores que deram destaque à transparência na prestação de informações, às boas condições de trabalho (no caso dos clientes funcionários) e ao ensino de qualidade para os alunos, residentes e servidores.

A respeito da geração de valor por meio da transparência na prestação de informações, pode-se fazer uma relação com o que foi citado sobre os objetivos do relatório de gestão e da organização. Nota-se que nos Quadros 8 e 9, a divulgação de dados à população e a prestação de informações foram citadas três ou menos vezes pelos entrevistados. Portanto, apesar dos gestores afirmarem que se gera valor aos clientes por meio da transparência das informações, este fato não se sustenta nos relatórios e na missão do hospital.

Posto isso, o passo seguinte foi identificar se o hospital mensura a satisfação dos clientes e a qualidade dos serviços prestados na unidade. Com este intuito, fez-se o seguinte questionamento: “Este hospital utiliza indicadores de desempenho para medir a satisfação dos clientes e a qualidade dos serviços prestados?”.

Dentre os entrevistados, seis desconhecem a existência de indicadores de desempenhos voltados à satisfação dos clientes e à qualidade do atendimento. Os demais (21) afirmaram não existir esse tipo de mensuração.

Segundo os gestores, o setor de Ouvidoria é o que mais se aproxima das informações sobre os clientes do hospital. Entretanto, esses dados não são computados ou geram subsídios para os gerentes, chefes de departamento e diretores.

Segundo estas lideranças, para que isso se realize, está em processo de implantação o GTH (Grupo de Trabalho de Humanização), responsável por coletar dados sobre a satisfação dos clientes e sobre a qualidade dos serviços prestados. Essas informações serão repassadas para os gestores da instituição de modo que possam executar ações de melhoria.

Apesar de não existirem indicadores desse tipo na instituição, buscou-se entender se os gestores acreditam que essas medidas são importantes para melhorar a execução das suas atividades. Para isso, foi realizada a seguinte pergunta: “Para o melhor desempenho das atividades hospitalares, são importantes indicadores voltados à satisfação dos clientes e à qualidade dos serviços prestados?”.

A totalidade dos gestores concordou que indicadores de desempenho sobre satisfação dos clientes e qualidade dos serviços são relevantes para a melhor execução das atividades prestadas pelo hospital.

A partir dessa informação, foram averiguadas quais medidas referentes a clientes são fundamentais para os gestores. Questionou-se, então, “Quais indicadores de desempenho relacionados a essa perspectiva (clientes) são determinantes para a melhoria das atividades desenvolvidas no hospital?”.

Os gestores indicaram sugestões de medidas de mensuração que acreditam ser importantes para a melhoria dos serviços prestados. O Quadro 11 qualifica as respostas de acordo com suas similitudes.

Quadro 11: Indicadores de desempenho voltados aos clientes

Indicadores de desempenho	Nº de citações	Termos similares
Nível de satisfação dos clientes com os serviços prestados	15	Satisfação; necessidades atendidas; se os clientes estão satisfeitos com o atendimento; recepção; informações necessárias; qualidade da interação entre médicos e pacientes; como foram atendidos; qualidade do atendimento; qualidade das informações.
Gestores que não souberam sugerir ou informar indicadores	6	É difícil pensar em algum indicador; não sei dizer/informar; não tenho um específico; os que tenho são suficientes.
Tempo de espera por atendimento (ambulatorial, cirúrgico, pós-cirúrgico)	5	Filas de espera; tempo de espera para a consulta; procura por atendimento; tempo hábil; espera para consultas pós-cirúrgicas; retorno de exames pós-cirúrgicos.

Tempo do atendimento ambulatorial	4	Tempo do atendimento; tempo entre consultas.
Origem dos pacientes (ingressos pelo sistema de regulação SISREG; indicação política; indicação de funcionários)	4	Pacientes regulados; agendamento pelo SISREG; indicação de políticos; parente de funcionários; de onde vieram; como chegaram.
Qualidade dos profissionais formados	2	Como esses profissionais voltam à sociedade; publicação científica.

Fonte: Autora.

Conforme o Quadro 11, a necessidade dos gestores está em entender o nível de satisfação dos clientes quanto aos serviços prestados (atendimento, recepção, interação com os médicos, qualidade das informações). Pelo menos 15 (quinze) citações foram feitas em relação a este fator.

Em seguida, deu-se destaque ao tempo de espera por atendimento ambulatorial, cirúrgico e pós-cirúrgico (com 5 apontamentos feitos). Da mesma forma, o tempo do atendimento (das consultas) e a origem dos pacientes do sistema foram mencionadas como informações necessárias para a melhoria das atividades desenvolvidas no hospital (com 4 citações cada).

Por fim, em dois momentos foram apresentados a premência de mensurar a qualidade dos profissionais formados, isto é, como eles retornam à sociedade e as publicações científicas geradas no período da residência médica.

Ressalta-se que embora todos os gestores concordem com a necessidade dos indicadores referentes à perspectiva dos clientes, seis deles não preconizaram medidas de desempenho. Os motivos apontados foram o fato de não saber informar um indicador específico, a dificuldade de pensar em um indicador no momento da entrevista ou mesmo o caso de já possuir informações suficientes para a sua rotina.

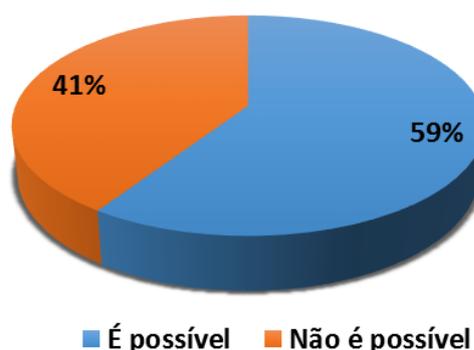
É notável a importância dada a esse tipo de indicador, porém depreende-se que nem todos os gerentes, chefes de departamento e diretores sabem expressar quais as necessidades específicas que precisam entender sobre os seus clientes para melhorar os serviços prestados.

Passou-se, então, à perspectiva financeira, que procurou identificar como adicionar valor aos clientes ao mesmo tempo em que é realizado o controle dos custos.

5.4.3 Perspectiva Financeira

A primeira pergunta da perspectiva financeira buscou identificar se os gestores acreditam na possibilidade de melhorar o serviço prestado pelo hospital sem adicionar custos. Isto é, se é possível realizar uma atividade, de uma forma melhor, porém sem o acréscimo de custos. O Gráfico 8 sumariza as respostas dos entrevistados.

Gráfico 8: Possibilidade de melhorar o trabalho realizado no hospital sem adicionar custos



Fonte: Autora.

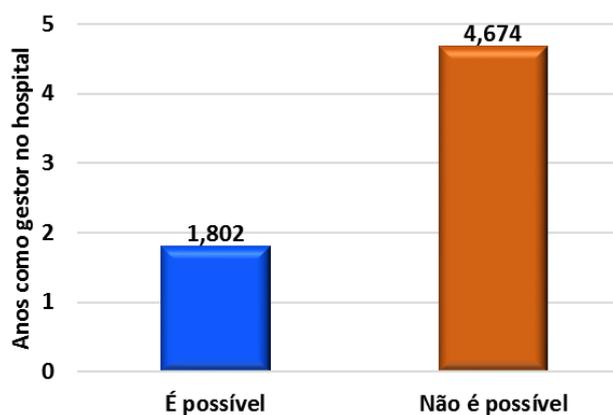
Segundo 59% dos gestores, essa pergunta pode ser respondida positivamente, mesmo que existam dificuldades para tal. De acordo com eles, é necessário: pôr em prática os procedimentos operacionais padrões; planejar as compras de materiais e equipamentos; verificar se todos os contratos que o hospital dispõe são indispensáveis; ter uma visão voltada à pesquisa científica e às melhorias que esta pode gerar; eliminar os desperdícios; organizar as atividades; trabalhar com a manutenção preventiva; promover a educação e o bom senso dos que frequentam o hospital; motivar os servidores; planejar com antecedência as atividades a serem realizadas; melhorar a qualificação dos servidores; e otimizar os recursos disponíveis.

Por outro lado, de acordo com os 41% que não acreditam na possibilidade de melhorar um serviço sem adicionar custos, as principais justificativas são: a demanda e os custos constantemente crescentes; o trabalho que já é realizado com recursos mínimos e da maneira mais enxuta possível; o fato da demanda ser maior que a oferta de serviços; e o caso da medicina sempre demandar custos de melhoria.

Deve-se destacar que, quando comparadas as médias de “Tempo como gestor no hospital” entre os que acreditam que é possível melhorar a prestação de

serviços sem adicionar custos e os que não acreditam nesta possibilidade, encontramos a seguinte situação exposta no Gráfico 9.

Gráfico 9: Tempo como gestor no hospital X Possibilidade de melhorar os serviços sem adicionar custos



Fonte: Autora.

Como visto, os gestores que acreditam que as melhorias demandam necessariamente maiores custos, estão em média há 4,7 anos na gestão do hospital. Enquanto os que pensam de forma oposta, têm apenas 1,8 anos (em média) no cargo.

A inferência feita é que os gestores que estão há mais tempo nesta função têm dificuldade de observar melhorias que podem ser executadas sem a incorporação de custos. Nas suas próprias colocações, afirmaram que já enfrentaram diversas situações de escassez e cortes de recursos e não enxergam onde mais podem melhorar suas atividades sem um aporte orçamentário.

Apesar das dificuldades apresentadas e citadas pelos gestores, observou-se que existem várias possibilidades de melhorar a gestão da instituição e, com isso, alcançar resultados superiores e, em alguns casos, com menores custos.

Sintetizando esse pensamento, um dos diretores do hospital (entrevistado 26) resumiu como a crise econômica do país (e conseqüentemente do estado) forçou a melhoria da instituição em alguns aspectos: *“Se você melhorar os processos e enxugar aquilo que você não enxergava antes, você começa a ver que consegue sobreviver sem algumas coisas. É preciso otimizar os recursos. Então, eu acho que você consegue sim, mesmo que você tenha uma redução nos recursos, você consegue encontrar soluções criativas e consegue encontrar mecanismos até de reduzir seus custos”*.

A partir desta conjuntura, fez-se a seguinte pergunta ainda quanto à perspectiva financeira: *“Existem indicadores de desempenho neste hospital que*

monitoram os custos, a utilização eficiente dos recursos e a melhoria na arrecadação?”.

Para este questionamento, cinco dos gestores afirmaram desconhecer a existência de indicadores financeiros. Os outros 22 gestores asseguraram que esses indicadores existem, mas que eles estão sob responsabilidade da Diretoria Administrativo-financeira.

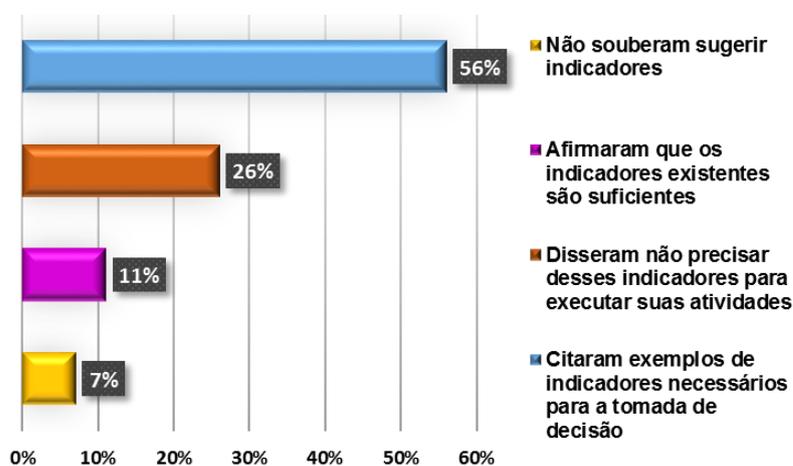
Apenas um dos entrevistados (número 27) explanou exemplos de indicadores e informações financeiras que o hospital monitora: execução orçamentária, faturamento do hospital e investimento em equipamentos. Este gestor, não por casualidade, faz parte da DAF (Diretoria Administrativo-Financeira).

Embora a maioria dos entrevistados não saiba ilustrar medidas desse tipo, todos afirmaram que consideram importante a existência de indicadores voltados à gestão financeira e orçamentária da instituição.

Foi necessário, então, entender quais indicadores de desempenho relacionados a orçamento, finanças e custos são indispensáveis para o processo de tomada de decisão dos gestores.

Neste item da entrevista, houve quem não soubesse dizer quais indicadores poderiam ajudá-los no processo de tomada de decisão (dois gestores); os que acreditam que os indicadores existentes oferecem dados suficientes (três gestores); alguns afirmaram que não precisam de indicadores desse tipo para a execução das suas atividades (sete gestores); e aqueles que não só acreditam na importância de indicadores voltados à custos e orçamento como citaram exemplos de informações que precisam para o sua tomada de decisão (15 gestores).

Gráfico 10: Necessidade dos gestores quanto a indicadores financeiros



Fonte: Autora.

Os indicadores preconizados pelos 56% dos respondentes que citaram exemplos são sintetizados no Quadro 12 por meio da análise do discurso e categorização das ideias.

Quadro 12: Indicadores de desempenho sugeridos à perspectiva financeira

Indicadores de desempenho sugeridos	Nº de citações	Termos semelhantes
Valor disponível para diretorias, departamentos e gerências (divisão do orçamento)	7	Gestão participativa; ver o que tenho; valor disponível; recurso disponível; verba destinada ao setor.
Gastos (atualizados) da unidade	5	Gastos feitos; valores empenhados; gasto total; gastos por diretorias, departamentos e gerências; gastos com RH; gastos com medicamentos e químicos cirúrgicos; gastos com cooperativas médicas; gastos com exames; valor gasto pelo hospital.
Custo dos residentes médicos	2	Custo dos medicamentos utilizados pelos residentes; custo dos pacientes sob responsabilidade da residência médica; tempo de internação dos pacientes sob cuidado da residência médica; custo do residente.
Recursos advindos de convênios e programas que são destinados a Ensino e Pesquisa	1	Recursos ao ensino e pesquisa
Quantidade de recursos utilizados	1	Quantidade utilizada de recursos, não o valor monetário.
Custo dos pacientes da instituição	1	Custo dos pacientes
Valor pago pelo SUS	1	Valor pago pelo SUS

Fonte: Autora.

Constatou-se que 7 gestores (26% dos entrevistados) mencionaram a necessidade de monitorar o valor disponível para as suas diretorias, departamentos e gerências. Nas palavras do entrevistado número 3: *“Eu gostaria muito de uma gestão mais participativa na execução do orçamento; de ver o que eu tenho, o que não tenho, pois sou demandado de muitas formas”*. De forma semelhante, o gestor número 13 afirmou: *“Seria interessante saber quanto foi o seu fluxo financeiro, qual o valor disponibilizado às gerências, para que não fiquemos no escuro quanto à essas informações”*.

Destaca-se, igualmente, que cinco gestores se reportaram à carência de observar os gastos atualizados da unidade. Isto é, os valores empenhados, os gastos por gerência, departamento e diretoria, os custos dispendidos com RH, medicamentos, químicos, cooperativas médicas e exames.

Com apenas uma citação cada, alguns indicadores foram igualmente abordados: recursos captados, recursos (físicos) utilizados, custo dos pacientes da instituição e valor pago pelo SUS daquilo que foi gasto pelo hospital.

Ressalta-se ainda, a observação feita por um dos gestores (número 27) acerca da frequência de controle das informações. Segundo este entrevistado, os indicadores deveriam ser monitorados com maior periodicidade. Ele explicou que os indicadores que existem já servem de auxílio, todavia declarou: “(...) acho que os indicadores deveriam ser monitorados com maior periodicidade, diariamente, semanalmente. Eu preciso das informações antes do problema já estar formado, para que possa tomar uma decisão que possa resolvê-lo. Não posso enxergar esses números apenas no final do ano”.

Percebe-se neste subitem, portanto, que a principal necessidade por parte dos gestores está na forma como os recursos são informados às diretorias, departamentos e gerências, e na periodicidade do seu monitoramento e utilização.

Após ser compreendida a visão dos gestores sobre os aspectos financeiros da instituição, passou-se para a investigação da perspectiva dos processos internos.

5.4.4 Processos Internos do Hospital

A primeira pergunta feita aos gestores sobre esta perspectiva do Balanced Scorecard foi a seguinte: “Na sua opinião, para satisfazer os clientes, em quais processos internos este hospital deve se sobressair?”. Cada gestor pôde citar aquele ou aqueles processos mais impactantes na geração de valor aos clientes. Por esse motivo, as respostas dos gestores enumeradas no Quadro 13 estão em quantidade superior que o número de respondentes.

Quadro 13: Processos Internos que geram valor

Principais processos internos	Nº de citações	Termos similares
Administração das filas de espera por cirurgias	9	Priorização de cirurgias; redução de filas; controle das filas; filas para cirurgias; filas; processos cirúrgicos; parte cirúrgica; cirurgia ortopédica.
Atendimento ao público	6	Atendimento ao cliente/usuário/público.
Aquisição de insumos (material cirúrgico, medicamentos, equipamentos)	6	Aquisição de materiais para cirurgia; compra de material cirúrgico; disponibilidade de materiais; marcação de cirurgias sem material; adquirir insumos.
Atendimento ambulatorial	4	Atendimento no ambulatório; ambulatório.
Sistema de agendamento SISREG (Sistema de Regulação)	3	Regulação do sistema; agendamento; demanda de consultas.
Realização de exames	3	Laboratório; exames de imagem; setor de imagem; serviços de imagem.
Comunicação interna	3	Comunicação interna
Gestão da residência médica	1	Ingresso de residentes

Manutenção dos centros cirúrgicos	1	Manutenção dos centros cirúrgicos
Desenvolvimento de pesquisas científicas	1	Pesquisas de ponta
Internação de pacientes	1	Internação
Protocolos de segurança do paciente	1	Protocolos de segurança

Fonte: Autora.

Dentre esses processos internos, os mais citados foram: administração das filas de espera por cirurgias (9 gestores); atendimento ao público e aquisição de insumos (ambos com 6 gestores). Quanto a este último item, os gestores se referiram principalmente à dificuldade de obter materiais cirúrgicos, o que impacta diretamente as filas de espera.

Ademais, com pelo menos três referências feitas a cada um, os seguintes processos foram igualmente destacados: atendimento ambulatorial, sistema de regulação (agendamento), realização de exames e comunicação interna.

Não menos importantes, houve gestores que citaram a gestão da residência médica, a manutenção dos centros cirúrgicos, o desenvolvimento de pesquisas científicas, a internação de pacientes e os protocolos de segurança dos pacientes. Cada um desses processos foi citado apenas uma vez, porém são significativos para a compreensão do pesquisador sobre como cada gestor visualiza os processos críticos do hospital.

O gestor número 2, todavia, quando questionado sobre esse aspecto, não citou um processo interno que impacta a satisfação dos clientes. Ele respondeu: *“Acredito que é necessário primeiramente mapear o fluxo dos processos internos para só então definir aqueles críticos, os gargalos, os pontos de cruzamento entre os setores. Daí poder tornar os processos mais enxutos”*. Para este gerente, o fluxo de cada processo é importante para o seu real entendimento e, somente a partir disso, pode-se visualizar aqueles que estão gerando gargalos para a resolução dos problemas dos clientes.

Outro entrevistado (número 23), por sua vez, fez referência à “judicialização” da medicina. Segundo ele, este aspecto tem importunado a autonomia de gestão do hospital, principalmente, quanto à marcação de cirurgias e compra de materiais cirúrgicos. Nas palavras do gestor: *“Não chega a ser um processo, mas é a questão da autonomia de gestão. Pois o gestor sem recursos próprios, sem uma capacidade própria de decisão, se sente limitado na sua atuação, também por força da*

judicialização da medicina. Ou seja, quando decisões judiciais determinam como você deve utilizar aquele recurso que já é escasso”.

Após serem questionados sobre os processos do hospital como um todo, houve então o momento de perguntá-los sobre os processos internos da sua própria diretoria, departamento e gerência. As perguntas realizadas foram: “E quanto à sua diretoria/departamento/gerência, quais os principais processos internos que geram impacto na satisfação dos clientes? Existem indicadores para esses processos?”.

O quadro a seguir apresenta os processos internos de maior impacto na satisfação dos clientes segundo os gestores entrevistados. São apontados, além disso, os indicadores utilizados nesses processos. Os espaços vazios (com traços) na coluna de “indicadores existentes” significam que, de acordo com o entrevistado, não há indicador para o referido processo.

As respostas foram organizadas por diretoria na qual cada gestor está lotado. Desse modo, não são especificadas as gerências ou departamentos de cada funcionário, preservando-se o sigilo da identidade dos participantes.

Quadro 14: Principais processos internos por diretoria

	Principais processos internos por diretoria	Indicadores existentes
DEP	Gestão acadêmica do programa de residência médica	Número de residentes médicos inscritos; número de residentes formados; nº de leitos por residente; consultas ambulatoriais por residente; número de cirurgias por especialidade cirúrgica dos residentes; produtividade de médicos ligados aos programas de residência.
	Supervisão de estágios obrigatórios e internatos	Quantitativo de estágios em medicina e outras áreas da saúde
	Supervisão da educação permanente	Frequência de eventos de capacitação
	Parcerias entre instituições	Captação de recursos
	Atendimento ao público	Quantitativo de pesquisas realizadas na biblioteca; empréstimos de livros realizados; renovações de empréstimos realizadas; tipos de pesquisas realizadas.
	Acompanhamento dos programas de iniciação científica	Projetos de pesquisa de iniciação científica
	Realização de pesquisas de alto impacto	Produção científica
	Solicitação de informações sobre realização de cirurgias	Taxa de realização e de suspensão de cirurgias.
	Exames pré-operatórios	-
Estudo de materiais coletados em cirurgias	-	
DAF	Processo de transporte de pacientes	-
	Compra de materiais e equipamentos	-
	Reposição de materiais (almoxarifado e farmácia)	-

	Suporte de TI	-
	Atendimento de chamados de manutenção	Serviços realizados por setor
	Especialização dos técnicos de manutenção	-
	Contrato com fornecedores (internet, impressoras, sistema de senhas)	-
	Fornecimento de internet	-
	Manutenção da rede hospitalar	-
	Faturamento dos procedimentos	Quantidade e valor dos faturamentos realizados
	Empenho e pagamentos	Valor dos empenhos realizados
	Controle de contratos e convênios	Contratos renovados; tempo para renovação de contratos.
DAM	Marcação de consultas (sistema de regulação)	-
	Comunicação interna	-
	Realização de exames	Quantitativo de exames por setor (clínica médica, cirúrgica, ortopédica e na UTI); Tipos de exames.
	Realização de cirurgias	Suspensão de cirurgias; cirurgias realizadas; quantidade de pacientes bem-sucedidos na enfermaria; complicações cirúrgicas (índices de infecção, lesões, feridas e quedas, taxa de mortalidade).
	Seleção de materiais para cirurgias	-
	Prontuários de internação	Prontuários abertos por clínicas, prontuários enviados ao faturamento.
	Atendimento ao público	-
	Administração da fila de espera por cirurgias e exames	-
	Administração de leitos	Taxa de ocupação de leitos, média de permanência.

Fonte: Autora.

A primeira observação que pode ser feita a partir do quadro é que nem todos os processos internos citados possuem indicadores de desempenho ou mesmo informações que sejam acompanhadas na rotina de tomada de decisão.

Além disso, dos indicadores presentes no Relatório Anual de Gestão (subitem 5.1), apenas alguns foram citados nas entrevistas. Na Diretoria de Ensino e Pesquisa: número de residentes médicos inscritos; quantitativo de estágios em medicina e outras áreas da saúde; frequência de eventos de capacitação; e projetos de pesquisa de iniciação científica. Na Diretoria Administrativo-Financeira: valor dos faturamentos realizados. E na Diretoria de Assistência Médica: quantitativo de exames por setor; tipos de exames; cirurgias realizadas; índices de infecção; taxa de mortalidade; taxa de ocupação de leitos; média de permanência.

Depreende-se, dessa forma, que os indicadores presentes no Relatório de Gestão não refletem os principais processos internos apontados pelos gestores do hospital. E, de igual modo, nem todos os processos tidos como principais possuem métodos de mensuração de desempenho.

Fez-se, a partir disso, outro questionamento: “Para o (a) Sr. (a) é fundamental a existência de indicadores de desempenho para controlar esses processos internos?”. De acordo com 26 gestores, medições para os principais processos internos são essenciais, o que evidencia a importância de um sistema de mensuração que abarque os processos fundamentais e de fato auxilie a tomada de decisão dos gestores na rotina da instituição.

Neste momento, buscou-se verificar quais indicadores seriam imperiosos para este fim. Fez-se, então esta pergunta: “Na sua opinião, quais indicadores de desempenho relacionados aos principais processos internos da sua diretoria/departamento/gerência são indispensáveis para sua tomada de decisão, além dos que já existem?”.

Conquanto 96% dos gestores acreditem que indicadores de desempenho voltados aos principais processos internos são fundamentais, cinco entrevistados não souberam sugerir indicadores sobre esse aspecto; oito gestores acreditam que os indicadores existentes já são suficientes; e 13 (treze) deram sugestões de medidas que podem melhorar o controle dos processos internos e a tomada de decisão. O gestor nº 21 que, na pergunta anterior, afirmou não necessitar de um indicador formal para seus processos internos, repetiu a resposta nesse momento da entrevista.

O quadro 15 apresenta a síntese das sugestões dadas pelos gestores. Cada entrevistado pôde sugerir mais de uma medida de mensuração, o que possibilitou um rol de 22 (vinte e dois) indicadores propostos pelos 13 (treze) gestores que manifestaram suas necessidades.

Novamente, as propostas são apresentadas por diretoria, para que se possa entender as diferentes necessidades de cada uma e preservar a identidade dos entrevistados.

Quadro 15: Indicadores propostos para os principais processos internos

Indicadores propostos	
DEP	Produção técnico-científica dos residentes
	Sessões clínicas realizadas
	Qualidade do programa de residência médica
	Produtividade dos médicos residentes
	Produção técnico-científica dos pesquisadores de programas de iniciação científica
	Impacto das pesquisas realizadas na instituição
DAF	Índice de processos de compra vencidos
	Índice de processos de compra finalizados
	Processos de compra de materiais cirúrgicos ortopédicos parados
	Processos de tratamento fora de domicílio
	Qualidade do transporte de pacientes
	Qualidade do atendimento da equipe de manutenção

	Índice de atendimento dos chamados de manutenção
	Índice de erro na solicitação de materiais cirúrgicos
	Índice de erros na compra de materiais (cirúrgicos e de expediente)
	Índice de conclusão de processos (por tipo)
	Tempo de espera de atendimento para serviços de TI
	Tempo de atendimento dos chamados de TI
	Quantitativo de demandas de RH
	Quantitativo de pessoas em férias
DAM	Índice de desistência de consultas
	Número de internações realizadas (geral e por tipos)

Fonte: Autora.

Observa-se que foram sugeridos apenas dois indicadores de desempenho para os processos internos da Diretoria de Assistência Médica. Isso porque, dos 10 gestores dessa diretoria, seis citaram que os indicadores existentes são suficientes, um afirmou que não precisa de indicadores voltados aos seus principais processos internos e dois gestores sugeriram o mesmo indicador (índice de desistência de consultas). O entrevistado que deu como sugestão o número de internações realizadas, o fez acreditando que esta medição não existisse na instituição. Todavia, pode-se observar que esta informação é disponibilizada pelo relatório de gestão anual (conforme o subitem 5.1). Acredita-se que este equívoco se deve ao fato deste funcionário ter recebido recentemente sob sua responsabilidade esta demanda.

Por fim, para complementar o entendimento que os gestores têm a respeito das perspectivas do *Balanced Scorecard*, foram feitas perguntas sobre a perspectiva de aprendizado e crescimento, isto é, dos ativos intangíveis da organização.

5.4.5 Perspectiva de Aprendizado e Crescimento

As perguntas deste tópico referiram-se aos ativos intangíveis da organização, que formam a base do BSC.

Inicialmente, fez-se a seguinte pergunta: “Este hospital promove o aprendizado e o crescimento dos funcionários (inclusive das lideranças), o desenvolvimento dos sistemas de informação e da cultura organizacional?”

Segundo 26 (vinte e seis) gestores, a unidade de saúde analisada promove o aprendizado e o crescimento dos funcionários por meio de atividades de capacitação como treinamentos, cursos e palestras. Apenas um entrevistado não soube informar sobre a existência dessas atividades. De acordo com os respondentes, esses eventos

são realizados tanto na instituição quanto em outros órgãos, como a Secretaria de Administração do Estado e a Escola de Contas do Tribunal de Contas do Amazonas.

Apesar disso, cinco gestores afirmaram que as atividades desenvolvidas são mais voltadas às áreas de saúde, como a enfermagem. Para o entrevistado número 16: *“(...) existem vários cursos dentro do hospital, mas a maioria voltados aos servidores de enfermagem, às áreas da saúde”*. De modo igual, afirmou o gestor número 15: *“(...) vemos sempre no auditório algumas palestras sobre áreas médicas; mas sobre a área de informática não tem”*. Houve ainda o questionamento do respondente número 1: *“(...) a maioria das capacitações são na área da enfermagem”*. Os gestores de números 18 e 4 fizeram afirmativas semelhantes a essas, sugerindo que sejam feitas atividades de capacitação voltadas igualmente a outras áreas do conhecimento.

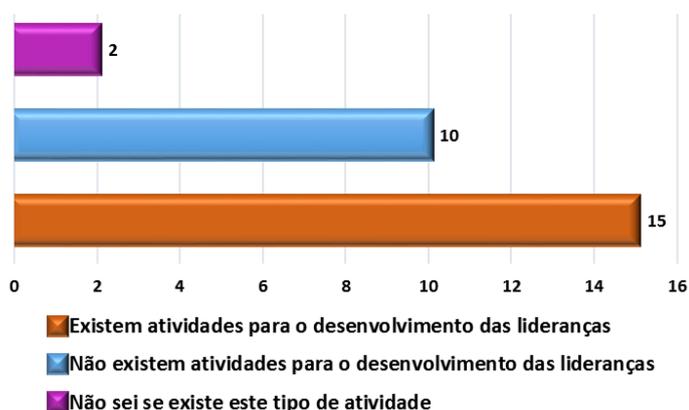
Da mesma forma, foram apresentadas críticas relacionadas à resistência, por parte de alguns funcionários, quanto à participação nos treinamentos. Nas palavras do 13º entrevistado: *“Existe a prestação de treinamentos e cursos aos funcionários. O que precisa é motivá-los a participar, pois muitos não fazem questão, estão acomodados”*. Assim também, declarou o gestor número 19: *“Em relação à capacitação dos funcionários e dos gestores, existem algumas atividades sim. O problema é a resistência dos funcionários, principalmente da terceira idade”*.

A falta de planejamento dos assuntos ministrados também foi comunicada, o que pode ser exemplificado na fala do segundo entrevistado: *“Antes, porém, de fornecer os treinamentos, é necessário entender as atribuições e pré-requisitos de cada função. Então, encaixar uma programação de treinamentos anual”*. Em acordo, afirmou o 21º gestor: *“Existem treinamentos, mas são eventuais e até repetitivos, sem novidades”*.

Outro fator citado foi o horário de realização das capacitações. Estas são normalmente realizadas durante a rotina de trabalho, o que compromete as atividades diárias ou mesmo impossibilita a participação dos funcionários (conforme os gestores números 7 e 20).

Quanto à promoção do aprendizado e crescimento das lideranças do hospital, as respostas dadas podem ser sintetizadas no Gráfico 11.

Gráfico 11: Existência de atividades voltadas ao aprendizado e crescimento das lideranças



Fonte: Autora.

Apesar de 56% dos gestores (15 entrevistados) afirmarem que existem atividades voltadas ao aprendizado e crescimento das lideranças, há de se destacar, que 10 gestores declararam que o hospital não promove o crescimento e o aprendizado das suas lideranças. De igual forma, dois respondentes julgaram não saber se existem atividades voltadas a esse aspecto.

O agregado dessas 12 opiniões resulta em mais de 44% dos entrevistados, o que demonstra a incerteza quanto à capacitação das lideranças e a pouca frequência e efetividade das atividades realizadas para este fim.

Para alguns entrevistados (números: 3, 4, 6, 11, 13, 21 e 24), a baixa frequência de treinamentos para as lideranças ou mesmo a inexistência deles comprometem a gestão da organização, o trabalho em equipe, o desempenho das atividades diárias e o crescimento institucional do hospital. A afirmação do gestor número 4 ilustra esta situação: *“Os gestores do hospital não conhecem direito a sua rotina, muitos não são treinados para isso, não conseguem nem trabalhar em equipe”*.

Além disso, foi exposto que há uma desmotivação dos próprios gestores em participarem de treinamentos, cursos, palestras e demais atividades. Isso porque muitas delas são desenvolvidas em horários inoportunos; alguns gestores não conseguem sair de suas rotinas para participar; alguns cursos são realizados em outras instituições e com alta carga horária; e/ou os temas dos treinamentos são repetitivos.

Em relação ao desenvolvimento dos sistemas de informação, sete gestores não souberam afirmar se o hospital desenvolve sistemas de informação, ou realiza melhorias nesse âmbito. Isso representa 26% dos entrevistados.

Em contrapartida, vinte gestores (74% dos entrevistados), compreendem que o hospital possui sistemas de informação e que eles são essenciais para o desenvolvimento das atividades diárias. Bem como afirmaram que esses sistemas estão sob a responsabilidade do setor de Informática, e que lá são desenvolvidas as melhorias relacionadas à rede.

Alguns dos sistemas que otimizam as atividades de rotina foram citados, sendo eles: o prontuário eletrônico, o agendamento eletrônico, o sistema de almoxarifado, o sistema financeiro integrado do estado, o sistema *e-compras*, o sistema de gerenciamento de estoques, a dispensação de senhas eletrônicas no ambulatório e a sistematização na enfermaria.

Todavia, foram citadas algumas necessidades relacionadas a este ativo intangível, tais como:

- a) A necessidade de um sistema de informação voltado ao arquivamento de documentos dos programas de residência médica;
- b) A falta de um sistema de controle de obras científicas na biblioteca e mesmo da internet para pesquisa;
- c) A carência de um sistema que possibilite o arquivamento eletrônico dos prontuários de internação;
- d) A informatização dos dados de atendimento, tais como o tempo de consulta;
- e) Um sistema que atrele assistência médica a ensino e pesquisa;
- f) Um sistema capaz de monitorar os custos de cada paciente. O programa permitiria a visualização de tudo aquilo que foi gasto, desde a entrada até a saída do paciente.

Isto é, apesar do hospital possuir um setor responsável pela administração e desenvolvimento dos sistemas de informação, ainda existem demandas a serem sanadas para a melhoria dos serviços prestados pelo hospital.

Por fim, ainda em referência à primeira pergunta desta perspectiva, o aspecto relacionado à cultura organizacional demonstrou incerteza por parte dos gestores. Dos entrevistados, 26 (vinte e seis) desconhecem atividades voltadas ao desenvolvimento e fortalecimento da cultura organizacional do hospital.

De acordo com esses gestores, a cultura organizacional da instituição não está clara pelo fato da própria missão ser desconhecida ou confusa aos olhos dos gestores. Na afirmação do 21º entrevistado isso é sintetizado: “*A cultura do hospital é*

confusa, até mesmo porque, como citei na pergunta sobre missão, não temos uma missão clara, bem definida, pois temos muitas atribuições como hospital que antes não tínhamos e há também aquelas ingerências políticas”.

Houve ainda gestores que fizeram colocações voltadas à falta do fortalecimento da cultura organizacional; à carência de movimentos que promovam e divulguem os valores da instituição; e ao desconhecimento de atividades de promoção da cultura do hospital.

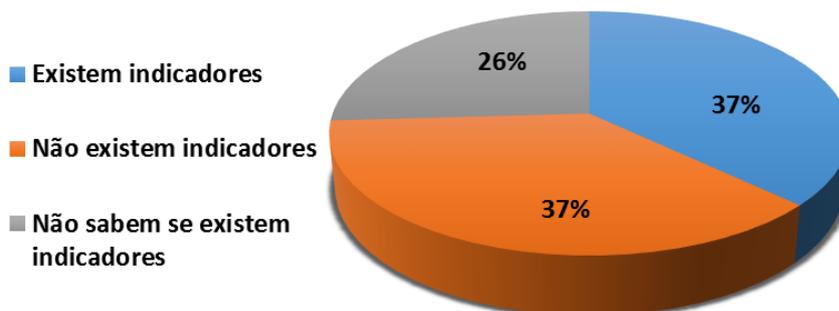
Apenas um entrevistado demonstrou que visualiza uma melhoria voltada à cultura da instituição, quando afirmou (gestor número 19): *“Acho que a promoção da cultura organizacional é aos poucos, na rotina. Alguns valores já mudaram, como o favoritismo no atendimento de algumas pessoas que eram indicadas por funcionários e médicos. Isso era uma cultura, hoje está diferente”.*

Outro líder resumiu o conceito de cultura organizacional ao seu ver, mas afirmou que no momento o hospital se encontra longe dessa definição (26º entrevistado): *“Quando falamos de cultura organizacional, precisamos ver o que acontece na nossa rotina, como nos comportamos, quais os nossos hábitos e valores e como os compartilhamos. Quando fazemos isso de certo modo padronizado, é porque temos uma base sobre nossa cultura. Mas aqui ainda estamos muito distantes dessa realidade”.*

Procedeu-se, então a segunda pergunta desta perspectiva: “Existem indicadores que mensuram o aprendizado e o crescimento dos funcionários, o desenvolvimento dos sistemas de informação e da cultura organizacional?”.

As respostas dos gestores são incertas quanto à existência de indicadores de mensuração voltados aos ativos intangíveis. Conforme o Gráfico 12, 63% do total de entrevistados não sabem da existência dessas medidas ou afirmaram que estas não existem. Apenas 37% dos gestores disseram que existem indicadores desse tipo.

Gráfico 12: Existência de indicadores de mensuração quanto aos ativos intangíveis



Fonte: Autora.

Há de se dizer que os gestores que afirmaram sobre a existência de indicadores, se referiram apenas aos dados quantitativos sobre os treinamentos que são realizados. Alguns desses dados são: o número de pessoas que participam dos cursos e a quantidade de cursos realizados.

Além disso, segundo os mesmos gestores, os indicadores existentes não ficam disponíveis dentro dos seus próprios setores, mas na assessoria de gestão, que concentra as informações para apresentá-las no relatório de gestão anual. O que deixa claro que os poucos indicadores que existem não são acompanhados na rotina dos gestores.

Apesar disso, quando interrogados se “Indicadores desse tipo são importantes para essa instituição?”, todos os gestores concordaram com a necessidade de se mensurar os aspectos intangíveis da organização: capital humano, da informação e organizacional.

Partindo desse pressuposto, foi feita a última pergunta da entrevista: “Na sua opinião, quais indicadores de desempenho relacionados aos ativos intangíveis são essenciais para o seu processo de tomada de decisão?”.

Buscou-se, novamente, entender quais são as medidas de mensuração que as lideranças do hospital realmente necessitam. O Quadro 16 a seguir apresenta a sumarização dos indicadores propostos pelos gestores. Cada um pôde fazer uma ou mais sugestões.

Quadro 16: Indicadores de desempenho relacionados aos ativos intangíveis

Indicadores de desempenho sugeridos	Nº de citações	Termos semelhantes
Quantidade de horas/aula por setor e servidor	12	Horas/aula por setor e servidor; carga horária; treinamentos para gestores; pessoas que participaram; de quais treinamentos participaram; controle dos treinamentos; capacitação por área.
Efetividade e qualidade do treinamento (pós-treinamento)	11	Efetividade do treinamento; melhorias geradas pelo treinamento; qualidade dos treinamentos; aplicação na rotina; qualidade dos profissionais formados; o que foi feito após o treinamento; resultados pós-treinamento; impacto gerado.
Quantidade de treinamentos realizados	6	Treinamentos realizados; controle dos treinamentos; quantos treinamentos foram feitos.
Gestores que não deram sugestões (por não saber informar ou não ter necessidade)	6	Não sei informar; como está, me agrada; não há necessidade; os que existem são suficientes.
Cumprimento da matriz curricular de cada servidor	3	Habilidade dos servidores; atualização nas suas áreas; escolaridade; cursos técnicos; experiência profissional; matriz curricular.

Carga horária em treinamentos de informática básica	1	Treinamentos de informática básica.
Indicador de qualidade dos programas de residência médica	1	Qualidade da residência.
Qualidade dos palestrantes	1	Qualidade dos palestrantes.
Quantidade de cursos sobre a inter-relação entre funcionários e clientes	1	Cursos de inter-relação entre funcionários e clientes.

Fonte: Autora

A partir das informações expressas no gráfico, compreende-se que a maior necessidade de mensuração dos gestores está na carga horária de treinamentos de cada servidor e setor. Além disso, outra preocupação é medir a qualidade e a efetividade dos treinamentos, isto é, as melhorias geradas após a realização dos mesmos.

Verifica-se, ademais, que o quantitativo de treinamentos realizados (6 citações) e o cumprimento da matriz curricular dos funcionários (3 citações), também foram abordados como indicadores necessários à tomada de decisão, juntamente com aqueles que tiveram uma única assertiva a seu respeito.

Houve, contudo, gestores que não sugeriram indicadores de desempenho para esta perspectiva. Os entrevistados desse grupo não sabem informar medidas de mensuração ou mesmo não sentem necessidade de novos indicadores referentes aos ativos intangíveis.

Pode-se observar, em síntese, que os indicadores propostos pelos gestores se referem ao crescimento e desenvolvimento tanto dos líderes quanto dos outros servidores, isto é, ao capital humano da organização. Contudo, não foram citados indicadores voltados ao desenvolvimento dos sistemas de informação nem da cultura organizacional.

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conforme apresentado no referencial teórico sobre BSC (subitem 2.3.1.1), existem quatro etapas para a construção de um sistema de mensuração de desempenho organizacional (KAPLAN; NORTON, 1997): definição da arquitetura de indicadores (1); consenso em função dos objetivos estratégicos (2); escolha dos indicadores (3); e elaboração do plano de implementação (4).

Entretanto, como esta pesquisa teve o objetivo geral de desenvolver um sistema de mensuração de desempenho que auxilie o processo de tomada de decisão dos gestores de um hospital de ensino, fez-se a aplicação apenas das três primeiras etapas sugeridas pelos autores do método, pois a quarta etapa (implementação do sistema) não integra a proposta deste estudo.

Destaca-se, ainda, que devido aos diferentes horários e rotinas dos gestores do hospital, não foi possível a realização dos *workshops* (nas etapas 2 e 3) sugeridos pelos autores para o consenso dos objetivos estratégicos e escolha dos indicadores. Por isso, essas etapas foram cumpridas em concomitância, fazendo-se a estruturação do sistema de medição a partir dos dados coletados nas entrevistas estruturadas.

6.1 Definição da arquitetura de indicadores

Nesse aspecto, ressalta-se, primeiramente, a escolha da organização estudada. Conforme visto no item 4 desta dissertação (Apresentação da Instituição estudada), a unidade de saúde em questão se destaca por ser de grande porte e atuar como hospital geral nos âmbitos de atendimento ambulatorial (21 especialidades), internações e cirurgias (12 especialidades). Devido a esses fatores, este é o hospital de ensino com maior número de especialidades clínicas e cirúrgicas em Manaus.

A complexidade existente em dirigir e controlar as atividades desenvolvidas em uma unidade desse volume, portanto, motivou a escolha desta instituição como objeto de pesquisa. Caso não haja um conjunto de indicadores bem estruturados que deem apoio à tomada de decisão dos gestores, os serviços prestados aos cidadãos poderão ser diretamente afetados.

Do mesmo modo, outro ponto desta seção foi a definição dos principais temas corporativos, isto é, os pilares do hospital. De acordo com a própria Missão Organizacional apresentada (igualmente no item 4), esta unidade de saúde focaliza-se em três principais áreas: Assistência, Ensino e Pesquisa, as quais se relacionam com as atividades-meio a fim de prestar serviços aos clientes do sistema de saúde.

Após a apresentação desses fatores, foi necessário realizar o consenso em função dos objetivos estratégicos da fundação, bem como a escolha e elaboração dos indicadores de desempenho. Estas duas fases foram articuladas em conjunto a partir da análise das entrevistas com os gestores.

6.2 Consenso dos objetivos estratégicos e elaboração dos indicadores

A fim de apresentar a metodologia BSC aos gestores, tornar possível o entendimento acerca da estratégia organizacional e traduzi-la em objetivos estratégicos (para cada perspectiva) e indicadores de desempenho (para cada objetivo), foram realizadas entrevistas estruturadas com esses profissionais.

De acordo com o Quadro 9, do item 5.4.1, que sintetiza a opinião dos entrevistados sobre a missão do hospital, verifica-se que, na concepção dos mesmos, a estratégia organizacional está voltada à assistência, ao ensino e à pesquisa, com atendimento qualificado e conseguinte melhoria dos níveis de saúde.

Dessa forma, fez-se imperiosa a tradução desta estratégia em objetivos voltados a cada uma das perspectivas do BSC e, para cada um desses alvos, a definição de indicadores de desempenho; de modo que ao final fosse apresentado graficamente as relações de causa e efeito entre os objetivos estratégicos definidos.

Para tanto, foram observados os dados tabelados no item 5.4 (Indicadores relevantes para a tomada de decisão segundo os gestores), as legislações sobre mensuração de desempenho hospitalar (item 2.4), assim como outros indicadores propostos pela pesquisadora a partir do estudo do tema.

Sendo assim, são apresentados a seguir subtópicos com a estruturação dessas informações de acordo com as perspectivas cliente, financeira, processos internos e aprendizado e crescimento.

6.2.1 Objetivos e Indicadores da perspectiva dos Clientes

Para a categorização dos objetivos da perspectiva Clientes, observou-se o posicionamento dos gestores sobre a criação de valor a esses stakeholders (Quadro 10 do item 5.4.2). E para a proposição de indicadores de desempenho, utilizou-se informações do Quadro 11 (sugestões dadas pelos gestores para medir esta perspectiva), das legislações de avaliação hospitalar e dos conceitos desenvolvidos pela pesquisadora durante a pesquisa.

Quadro 17: Objetivos e indicadores da perspectiva Clientes

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES DE DESEMPENHO	FORMA DE MENSURAÇÃO
Aumentar a satisfação dos usuários e prestar serviços de qualidade	Nível de satisfação dos clientes	$\frac{\text{clientes satisfeitos com o atendimento recebido}}{\text{total de clientes atendidos}}$
	Tempo de espera por atendimento (ambulatorial, cirúrgico e retornos)	<i>Quantidade de dias entre a marcação do atendimento e a sua realização</i>
Prestar atendimento humanizado e transparente	Percentual de reclamações recebidas dos clientes na ouvidoria	$\frac{\text{número de reclamações feitas na ouvidoria}}{\text{total de clientes atendidos}}$
	Percentual de reclamações respondidas em até 24h após a queixa	$\frac{\text{número de reclamações respondidas em até 24h após a queixa}}{\text{Número total de reclamações recebidas na ouvidoria}}$
Viabilizar boas condições de trabalho aos funcionários	Índice de atendimento aos chamados de manutenção	$\frac{\text{chamados de manutenção atendidos}}{\text{total de chamados de manutenção abertos}}$
	Índice de atendimento aos chamados de informática	$\frac{\text{chamados de informática atendidos}}{\text{total de chamados de informática abertos}}$
	Nível de satisfação dos funcionários com o ambiente de trabalho	$\frac{\text{funcionários satisfeitos com o ambiente de trabalho}}{\text{total de funcionários investigados}}$
Proporcionar boas condições de ensino aos residentes e pesquisadores	Qualidade do acervo da biblioteca	$\frac{\text{consultas exitosas ao acervo por período}}{\text{número total de consultas ao acervo por período}}$
	Nível de satisfação dos residentes médicos com a estrutura dos cursos de especialização	$\frac{\text{residentes médicos satisfeitos com o curso de especialização}}{\text{número total de residentes médicos por curso de especialização}}$
Fortalecer os laços com a comunidade e o meio ambiente	Percentual de projetos sociais e ambientais em relação ao ano anterior	$\frac{\text{projetos sociais e ambientais desenvolvidos no ano corrente}}{\text{projetos sociais e ambientais desenvolvidos no ano anterior}}$

Fonte: Autora.

Para o objetivo estratégico que visa a aumentar a satisfação dos usuários e prestar serviços de qualidade, foram sugeridos dois indicadores de desempenho: o nível de satisfação dos clientes e o tempo de espera por atendimento. Este primeiro indicador sintetiza como o cliente percebe o atendimento das suas necessidades pelo hospital, enquanto que o controle do tempo de espera por atendimento procura melhorar esta percepção por parte dos clientes. Vale ressaltar que, de acordo com a

Portaria 3410/2013 (MS, 2013), compete aos hospitais avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes. Portanto, mais que uma necessidade de entender a impressão dos usuários, é uma indicação normativa do Ministério da Saúde.

Por sua vez, a fim de prestar atendimento humanizado e transparente, sugeriu-se como medidas o percentual de reclamações recebidas dos clientes na ouvidoria e o percentual de reclamações respondidas em até 24h após a queixa. Isso porque uma das responsabilidades do setor de Ouvidoria da instituição é dar vazão às reclamações feitas pelos usuários, de modo que o atendimento hospitalar possa efetivamente atender às necessidades desses.

Com o intuito de viabilizar boas condições de trabalho aos funcionários e de ensino aos residentes e pesquisadores, fez-se um rol de indicadores voltados a três aspectos essenciais para o desempenho das atividades desses profissionais: estrutura física (manutenção), computacional e acervo de obras científicas. Assim também, buscou-se compreender o nível de satisfação desses clientes internos quanto à instituição analisada.

Por fim, com o propósito de fortalecer os laços com a comunidade e com o meio ambiente, propôs-se a mensuração dos projetos sociais e ambientais desenvolvidos pelo hospital, comparando-os ao ano anterior.

6.2.2 Objetivos e Indicadores da perspectiva Financeira

Assim como na perspectiva anterior, para estruturar os objetivos estratégicos desta, verificaram-se as respostas dos gestores quanto à gestão financeira da instituição (item 5.4.3). E para a sugestão de indicadores de desempenho, foram utilizados: dados do Quadro 12 (indicadores financeiros propostos pelos gestores); exigências das normativas sobre administração de recursos hospitalares; e algumas medidas do próprio relatório de gestão (que merecem maior atenção).

Quadro 18: Indicadores e objetivos da perspectiva Financeira

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES DE DESEMPENHO	FORMA DE MENSURAÇÃO
Otimizar a utilização dos recursos do hospital	Média de permanência em leitos de clínica médica	$\frac{\text{Número de pacientes-dia no período}}{\text{Número de saídas no período}}$
	Média de permanência em leitos cirúrgicos	$\frac{\text{Número de pacientes-dia no período}}{\text{Número de saídas no período}}$

	Taxa de ocupação hospitalar (leitos e leitos de UTI)	$\frac{\text{número de pacientes-dia em determinado período}}{\text{número de leitos-dia no mesmo período}}$
	Índice de intervalo de substituição	$\frac{\% \text{ de desocupação} \times \text{média de permanência em dias}}{\% \text{ de ocupação}}$
	Giro de rotatividade	$\frac{\text{número de saídas em determinado período}}{\text{número de leitos no mesmo período}}$
Controlar os gastos da unidade	Eficácia na execução financeira	$\frac{\text{execução financeira realizada}}{\text{execução financeira planejada}}$
	Eficiência de consumo de materiais por tipo de atendimento (ambulatorial, internação e cirurgia)	$\frac{\text{valor dos materiais consumidos por tipo de atendimento}}{\text{valor padrão de consumo por tipo de atendimento}}$
	Eficiência de consumo de materiais de expediente por setor	$\frac{\text{Valor dos materiais de expediente consumidos por setor}}{\text{valor padrão de consumo por setor}}$
Monitorar o custo dos pacientes atendidos pela residência médica	Valor médio da medicação aplicada aos pacientes por tipo de tratamento	$\frac{\text{valor total da medicação aplicada por tipo de tratamento}}{\text{número total de pacientes por tipo de tratamento}}$
	Média de permanência dos pacientes sob cuidado da residência médica	$\frac{\text{Número de pacientes-dia sob cuidado da residência médica no período}}{\text{Número de saídas no período de pacientes sob cuidado da residência médica}}$
Proporcionar recursos financeiros a programas de Ensino e Pesquisa	Captação de recursos destinados a Ensino e Pesquisa em relação ao ano anterior	$\frac{\text{Captação de recursos destinados a Ensino e pesquisa no corrente ano}}{\text{Captação de recursos destinados a Ensino e pesquisa no ano anterior}}$

Fonte: Autora.

O primeiro objetivo estratégico definido para esta perspectiva foi otimizar a utilização dos recursos do hospital. Este está diretamente ligado aos primeiros objetivos voltado aos clientes: aumentar a satisfação dos usuários e fornecer tratamento humanizado. Isso porque, com a adequada administração dos recursos do hospital, o tempo de espera por atendimento (uma das principais reclamações dos usuários do SUS) pode ser reduzido.

Para isso, foram sugeridos os indicadores de desempenho presentes no Quadro 4 (Indicadores de desempenho propostos pelo Ministério da Saúde) que se referem à gestão de leitos, principais recursos administrados na unidade de saúde.

Segundo a Terminologia Básica em Saúde (MS, 1985), a média de permanência relaciona o total de pacientes-dia, num determinado período, e o total de doentes saídos (altas e óbitos), no mesmo período. A taxa de ocupação hospitalar, igualmente, compara o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia. Enquanto isso, o índice de intervalo de substituição, demonstra o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um cliente e a admissão de outro. Enfim, o giro de rotatividade representa a utilização do leito hospitalar durante determinado período.

Por sua vez, para controlar os gastos da unidade, foram recomendadas medidas voltadas à execução financeira da instituição, ao consumo de materiais em atendimentos (ambulatorial, cirúrgicos e internações) e em atividades de expediente.

Outro objetivo considerado importante pelos gestores do hospital foi o monitoramento dos custos dos pacientes atendidos pela residência médica. Isto é, entender se os residentes da instituição possuem a visão custo-benefício no tratamento dos pacientes sob seus cuidados. Para isso, foi sugerida a mensuração do valor médio da medicação aplicada aos pacientes por tipo de tratamento, bem como a média de permanência dos pacientes sob cuidado da residência médica.

O controle minucioso desses dispêndios pode auxiliar o hospital a economizar significativos valores e destiná-los adequadamente, como na melhoria das condições de trabalho dos funcionários e no desenvolvimento de projetos sociais e ambientais (segundo e terceiro objetivos da perspectiva clientes). Ressalta-se, ainda, que o controle de gastos gera a redução de desperdícios materiais e da sua consequente destinação ao meio ambiente.

Por fim, medir a captação de recursos destinados ao Ensino e Pesquisa, visa à melhoria do ensino prestado aos residentes e das condições de pesquisa existentes no hospital. Assim, observa-se, novamente, a relação entre objetivos estratégicos de perspectivas diferentes.

6.2.3 Objetivos e Indicadores da perspectiva de Processos Internos

A definição dos objetivos e medidas da perspectiva de Processos Internos, observou, inicialmente, os quadros presentes no subitem 5.4.4 desta dissertação, que abordaram as respostas dos entrevistados quanto aos principais processos internos do hospital, bem como os indicadores propostos para mensurá-los. Além disso, fez-se referência às portarias nº 3410/2013 e nº 285/2015 do Ministério da Saúde sobre os aspectos de segurança do paciente.

Quadro 19: Indicadores e objetivos da perspectiva de Processos Internos

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES DE DESEMPENHO	FORMA DE MENSURAÇÃO
Realizar cirurgias, consultas e exames ambulatoriais com eficiência, eficácia e qualidade	Índice de suspensão de cirurgias	$\frac{\text{cirurgias suspensas}}{\text{total de cirurgias programadas}}$
	Taxa de resolução dos processos de compra de materiais cirúrgicos	$\frac{\text{processos de compra de materiais cirúrgicos finalizados}}{\text{total de processos de compra abertos no período}}$
	Taxa de consultas ambulatoriais realizadas por especialidade	$\frac{\text{número de consultas realizadas por especialidade}}{\text{total de consultas programadas por especialidade}}$
	Índice de realização de exames	$\frac{\text{exames realizados por especialidade}}{\text{exames programados por especialidade}}$
	Produtividade do atendimento médico ambulatorial	$\frac{\text{Número de consultas médicas realizadas em determinado período}}{\text{Número de médicos do ambulatório no mesmo período}}$
	Taxa de consultas ambulatoriais reguladas pelo SISREG	$\frac{\text{número de consultas ambulatoriais reguladas pelo sistema}}{\text{total de consultas realizadas}}$
	Taxa de exames ambulatoriais regulados pelo SISREG	$\frac{\text{número de exames ambulatoriais regulados pelo SISREG}}{\text{total de exames realizados}}$
Proporcionar segurança em saúde aos usuários do sistema	Índice de infecção hospitalar	$\frac{\text{número de infecções atribuíveis ao hospital em determinado período}}{\text{número de saídas no mesmo período}}$
	Densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (CVC)	$\frac{\text{número de casos novos de infecção CVC}}{\text{número de CVCs-dia no período}}$
	Taxa de Mortalidade Institucional	$\frac{\text{n}^{\circ} \text{ de óbitos } \geq 24\text{h de internação no período}}{\text{n}^{\circ} \text{ de saídas hospitalares no período}}$

	Eficiência de implantação dos protocolos de segurança do paciente	$\frac{\text{número de protocolos de segurança do paciente implantados}}{\text{número padrão de protocolos de segurança do paciente}}$
Gerenciar a produtividade dos programas de residência médica e de iniciação científica	Produção técnico-científica do Programa de Iniciação Científica – PAIC	$\frac{\text{publicações técnico-científicas de pesquisadores do PAIC}}{\text{total de pesquisadores inscritos no PAIC}}$
	Produção técnico-científica dos residentes médicos	$\frac{\text{publicações técnico-científicas de residentes médicos}}{\text{total de residentes médicos inscritos}}$
	Produtividade cirúrgica dos residentes médicos	$\frac{\text{número de cirurgias realizadas por residentes médicos}}{\text{número de residentes inscritos}}$
	Produtividade ambulatorial dos residentes médicos	$\frac{\text{número de consultas realizadas por residentes médicos}}{\text{número de residentes inscritos}}$

Fonte: Autora.

O primeiro objetivo estratégico desta perspectiva aborda a realização de cirurgias, consultas e exames ambulatoriais com eficiência, eficácia e qualidade. Para isso, foi proposto como indicador, inicialmente, o índice de suspensão de cirurgias. Esta medida já é utilizada na instituição para identificar os principais motivos pelos quais cirurgias programadas não são executadas. A taxa de resolução dos processos de compra de materiais cirúrgicos pode ser aplicada, igualmente, para auxiliar esse indicador a atingir melhores níveis.

Quanto ao mesmo objetivo estratégico, são expostos ainda indicadores de realização de exames e consultas ambulatoriais. Por meio deles, verifica-se a relação entre o que foi realizado e o que foi programado. Um resultado abaixo de 100% indica que o atendimento foi subutilizado. Da mesma maneira, a produtividade do atendimento médico ambulatorial indica quantas consultas são realizadas por médico, verificando se este recurso está acolhendo a quantidade adequada de pacientes.

Os últimos indicadores deste objetivo referem-se, por fim, à regulação da demanda por atendimentos ambulatoriais através do Sistema de Regulação SISREG. As duas medidas com esse intuito são essenciais para a eficiência do processo, isto é, fazer corretamente a marcação e a realização de consultas e exames.

Em razão dessas colocações, este objetivo estratégico, inicialmente detalhado, está diretamente conectado à otimização dos recursos do hospital e à satisfação dos seus clientes (alvos presentes nas perspectivas anteriores).

Para proporcionar segurança em saúde aos usuários do sistema, outros indicadores de desempenho foram sugeridos. O índice de infecção hospitalar verifica quantos pacientes tiveram infecção atribuída ao hospital em relação àqueles de alta ou óbito na mesma instituição. De forma mais específica, sugeriu-se a medição da incidência de infecção por cateter venoso central (CVC) e a taxa de mortalidade institucional.

A eficiência de implantação dos protocolos de segurança do paciente, por sua vez, dá destaque à utilização adequada dos padrões hospitalares. A correta implementação desses protocolos garante, a princípio, que quedas, infecções e óbitos ocorram com menos frequência na fundação. Numa visão mais detalhada, a redução dessas ocorrências pode gerar menores custos ao hospital, pois tais episódios demandam cuidados e despesas especialmente dispendiosas.

Afinal, com o objetivo de gerenciar a produtividade dos programas de residência médica e de iniciação científica, inseriu-se no quadro a mensuração da produção técnico-científica de pesquisadores do PAIC e de residentes médicos, bem como da produtividade ambulatorial e cirúrgica desses.

Este último objetivo está fortemente correlacionado à captação de recursos financeiros a programas de Ensino e Pesquisa (perspectiva financeira), pois projetos com alta produtividade técnico-científica podem angariar recursos de convênios com maior respaldo e facilidade. Ademais este objetivo interfere diretamente o monitoramento dos custos dos pacientes atendidos pela residência médica, no que se refere à produtividade dos residentes.

6.2.4 Objetivos e Indicadores de Aprendizado e Crescimento

A composição dos objetivos da perspectiva de Aprendizado e Crescimento, considerada a base do BSC, foi orientada pelas opiniões dos gestores sobre os ativos intangíveis da instituição (capital humano, da informação e organizacional), presentes na seção 5.4.5 deste trabalho. Para a proposição dos indicadores de desempenho, observou-se as informações dispostas no Quadro 16 (sugestões dos entrevistados para esta perspectiva), os conceitos desenvolvidos pela pesquisadora durante a

pesquisa, assim como as sugestões feitas por Kaplan e Norton (2004) sobre tais aspectos. O quadro a seguir apresenta a proposta de mensuração de desempenho desta perspectiva.

Quadro 20: Indicadores e objetivos da perspectiva de Aprendizado e Crescimento

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES DE DESEMPENHO	FORMA DE MENSURAÇÃO
Desenvolver o capital humano da fundação hospitalar	Efetividade dos treinamentos realizados	Número de melhorias implantadas no setor por tema de treinamento
	Participação dos servidores em eventos de capacitação	<i>Horas de treinamento/funcionário/ano</i>
	Cumprimento da matriz curricular do servidor	$\frac{\text{habilidades desenvolvidas pelo servidor}}{\text{total de habilidades exigidas na matriz curricular do servidor}}$
	Porcentagem de servidores com treinamentos em gestão da qualidade	$\frac{\text{número de servidores treinados em gestão da qualidade}}{\text{número total de servidores}}$
	Orçamento destinado à realização de eventos de capacitação	<i>Investimentos em treinamentos por ano</i>
Aprimorar os sistemas de informação do hospital	Taxa de indisponibilidade por tipo de sistema	$\frac{\text{horas de indisponibilidade do sistema}}{\text{horas totais úteis}}$
	Índice de renovação dos contratos com fornecedores de internet, impressoras e sistema de senhas	$\frac{\text{contratos de TI renovados no prazo}}{\text{total de contratos de TI}}$
Fortalecer o capital organizacional	Percentual de gestores com formação acadêmica em gestão organizacional	$\frac{\text{número de gestores com formação acadêmica em gestão organizacional}}{\text{total de gestores do hospital}}$
	Percentual de participação dos gestores em eventos de capacitação	<i>Horas de treinamento/gestor/ano</i>
	Quantitativo de projetos de melhoria sugeridos por colaboradores	Nº projetos de melhoria sugeridos
	Índice de adoção das sugestões de melhoria	$\frac{\text{número de projetos de melhoria implantados}}{\text{número total de projetos de melhoria sugeridos}}$

Fonte: Autora.

Primeiramente, definiu-se como objetivo o desenvolvimento do capital humano da fundação hospitalar. Para isso, foram recomendados indicadores condizentes com a mensuração dos treinamentos executados, da efetividade desses e das habilidades dos servidores.

A efetividade dos treinamentos realizados, de início, foi uma das maiores necessidades citadas pelos gestores durante as entrevistas. Mensurar as melhorias decorrentes das capacitações torna-se mais valorosa que medir somente a quantidade de treinamentos realizados.

A participação dos servidores em eventos de capacitação, inclusive naqueles voltados à gestão da qualidade, é outro fator de importante mensuração para a progressão do capital humano do hospital. Assim também, o cumprimento da matriz curricular auxilia a organização a verificar se os seus funcionários possuem as habilidades inerentes às suas funções.

Para que essas atividades de capacitação sejam realizadas, entretanto, necessita-se de investimentos. Mensurá-los propicia o entendimento do quanto a organização efetivamente se preocupa com a realização desses eventos, isto é, com o desenvolvimento dos seus colaboradores.

Nesse momento, pode-se observar que este objetivo estratégico está interligado a todos os objetivos da perspectiva anterior, pois pessoas com habilidades coerentes têm capacidade de realizar cirurgias, consultas e exames ambulatoriais adequadamente, proporcionar segurança em saúde aos usuários do sistema e gerar conhecimento técnico-científico.

O segundo objetivo estratégico definido para a perspectiva de ativos intangíveis foi o aprimoramento dos sistemas de informação do hospital. Conforme visto nas entrevistas, os gestores entendem que o Centro de Processamento de Dados (CPD) é o responsável pela manutenção da rede hospitalar, porém não existem indicadores voltados a esse serviço.

Sendo assim, a proposta desta pesquisa é medir a taxa de indisponibilidade por tipo de sistema e o índice de renovação dos contratos com fornecedores de internet, impressoras e sistema de senhas. O acompanhamento dessas medidas pode garantir a estratificação e a resolução das falhas de rede, bem como um bom relacionamento com os fornecedores dos sistemas.

O alcance desse objetivo estratégico é fundamental para a realização eficiente dos serviços hospitalares (cirurgias, consultas, exames) e para a satisfação, principalmente, dos funcionários da função estudada.

Por fim, para fortalecer o capital organizacional, foram propostos indicadores vinculados ao desenvolvimento das lideranças do hospital e a ideias de melhorias procedimentais dadas por colaboradores.

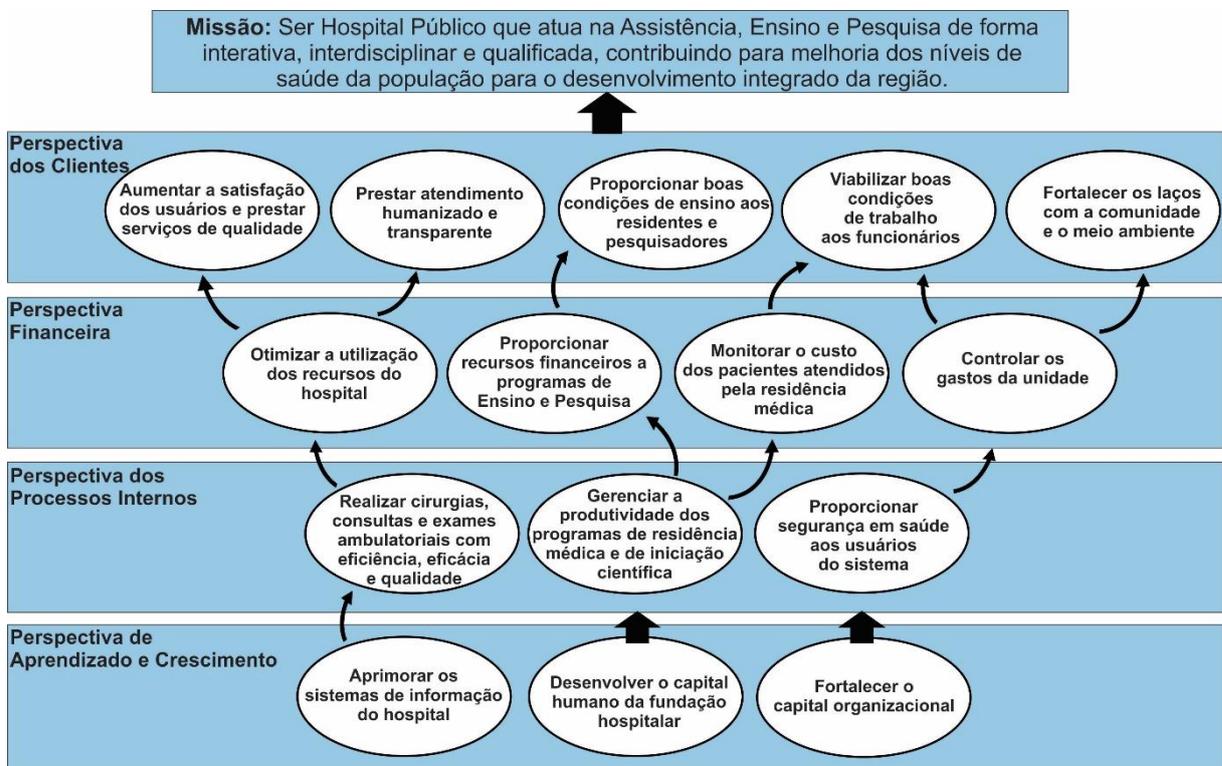
Medir o percentual de lideranças com formação em gestão e com participação em outros eventos de capacitação visa motivar tais profissionais a se aperfeiçoarem e a desenvolverem conhecimentos capazes de auxiliá-los a administrar suas equipes e atividades. Enquanto isso, mensurar o quantitativo de projetos de melhoria e o índice de adoção desses projetos estimula os colaboradores do hospital a desenvolver ideias que, efetivamente, aprimorem os serviços prestados e as atividades internas.

Dessa forma, novamente, este objetivo estratégico se relaciona com todos os objetivos da perspectiva anterior (processos internos).

6.2.5 Mapa estratégico do Hospital de Ensino

Após o mapeamento dos objetivos e indicadores estratégicos de cada perspectiva, faz-se necessário demonstrar a representação gráfica das relações de causa e efeito entre eles. A Figura 11 apresenta, portanto, o mapa estratégico da fundação hospitalar analisada, concretizando a proposta a que este estudo se dispôs.

Figura 11: Mapa Estratégico do Hospital de Ensino



Fonte: Autora

7. CONCLUSÕES

A partir da discussão inicial apresentada neste estudo, verificou-se que a Administração Pública precisou se modernizar e recorrer a ferramentas gerenciais, próprias do âmbito privado, para atender às demandas sociais por maior controle, transparência e eficiência na gestão dos recursos públicos.

Nesse cenário, gestores de unidades de saúde encontraram, igualmente, o desafio de aperfeiçoar os processos das organizações hospitalares. Era necessário controlar a qualidade dos serviços prestados e os poucos recursos disponíveis. Porém, a principal questão estava em como medir o desempenho dessas instituições a fim de alcançar melhores resultados.

Partindo desse pressuposto, esta pesquisa se dispôs a estudar o caso de uma Fundação Hospitalar de Ensino, da Administração Indireta do Poder Executivo do Estado do Amazonas. O intuito foi propor um sistema de mensuração de desempenho para auxiliar a tomada de decisão dos gestores e, conseqüentemente, para a melhorar os resultados da organização. Para isso, foram definidos cinco objetivos específicos.

O primeiro buscou referenciar assuntos centrais relacionados à contextualização do problema. Isto é, foram observados temas voltados à Gestão Pública, Estratégia, Sistemas de Mensuração de Desempenho Organizacional e Indicadores de Avaliação Hospitalar. Os principais bancos de dados examinados, para esse fim, foram Google Acadêmico, SciELO e CAPES.

Após a exploração desse conteúdo, observou-se que, dos SMDOs mais referenciados em artigos científicos e utilizados por organizações públicas e privadas na atualidade, a metodologia *Balanced Scorecard* possui as características apropriadas para fundamentar este estudo. Isso porque é flexível para adaptar suas perspectivas às instituições públicas, demonstra clareza na definição dos indicadores, comunica os objetivos estratégicos a toda organização, permite a visualização gráfica da estratégia e favorece o monitoramento contínuo do desempenho organizacional, fatores essenciais para o processo de tomada de decisão.

O terceiro objetivo específico, por sua vez, destinou-se a observar os indicadores presentes nos Relatórios de Gestão dos três anos anteriores à pesquisa de campo. Sendo assim, por meio de pesquisa documental, foram coletados tais relatórios e analisadas as medidas presentes em seus autos. Verificou-se que de 2013 para 2014, a instituição aumentou em mais de 100% seu rol de indicadores. Em 2015

essa quantidade permaneceu a mesma, abarcando algumas medidas exigidas por normas legais e outras consideradas importantes pela instituição para mensuração anual.

Porém, com o intuito de entender se esses indicadores são utilizados na rotina dos diretores, chefes de departamento e gerentes do hospital (ou como são utilizados), foram investigados os demais objetivos específicos da pesquisa. Para isso, realizaram-se entrevistas estruturadas com esses profissionais, de modo a entender suas perspectivas quanto à mensuração de desempenho da fundação hospitalar.

Inicialmente, as perguntas se reportaram à definição do perfil profissional daqueles que ocupam as funções de gestão. Constatou-se que esses cargos são ocupados, principalmente, por pessoas com idade igual ou acima de 40 anos e que estão na função de liderança há menos de três anos. Além disso, quanto ao nível de escolaridade dos entrevistados, pôde-se compreender que 85% deles possui, no mínimo, cursos de especialização. Porém, esta formação acadêmica, em mais da metade dos casos, não envolve cursos em gestão, especialmente quando se trata dos profissionais das áreas de ciências biológicas.

Percebeu-se, dessa maneira, que embora a gestão do hospital não envolva lideranças jovens, há uma alta rotatividade dos ocupantes dessas funções. O que possivelmente é causado por mudanças políticas que ocorrem quando das eleições da chefia do executivo do Estado. Assim também, detectou-se a necessidade iminente de mais da metade dos entrevistados adquirirem conhecimentos técnico-científicos em áreas gerenciais, posto que assumem um cargo dessa natureza.

Essas informações auxiliaram o entendimento do quinto objetivo específico deste trabalho, que procurou verificar a utilização na rotina das medidas presentes nos Relatórios de Gestão. Dentre os entrevistados, 41% alegaram não aplicar esses indicadores para tomar decisões e os principais motivos disso foram o não conhecimento dos dados do diagnóstico; o fato do gestor ter assumido a função recentemente; a falta de tempo do líder para visualizar as informações dispostas no documento; a inexistência de dados que auxiliem as decisões; a dificuldade no acesso ao relatório; as informações generalistas apresentadas no documento; e o fato do gestor não se considerar tomador de decisão dentro do seu setor.

Isto é, o pouco tempo e a conseqüente inexperiência na função, verificadas durante a análise do perfil profissional, impactam diretamente no aproveitamento desses indicadores nas rotinas dos gestores. E além disso, segundo alguns

respondentes, a inconsistência dessas medidas contribui fortemente com esta conjuntura.

Houve a necessidade, então, de identificar quais os indicadores de desempenho são considerados necessários por esses profissionais para a melhor execução das atividades do hospital, assim como para o processo decisório. Com esse propósito, foram realizadas perguntas abertas aos gestores e os dados foram tratados por meio da análise de conteúdo. Assim, foi possível categorizar as respostas dadas conforme os termos-chaves e a frequência de citações fornecidas.

O conteúdo adquirido por meio dessas entrevistas foi essencial, enfim, para o alcance do objetivo geral da pesquisa, ou seja, para a proposição de um sistema de mensuração de desempenho. Seguiu-se, para tanto, o método proposto pelos autores do BSC.

Inicialmente, foi definida a arquitetura dos indicadores, isto é, as características da organização que contribuem para a implantação do método e os pilares nos quais esta instituição se fundamenta. Como visto, o hospital geral foi selecionado devido à complexidade de seus serviços e especialidades e, ainda, por abarcar, a área acadêmica em sua estrutura. Sendo assim, além da Assistência, os outros pilares da fundação estudada são o Ensino e a Pesquisa.

Em seguida, definiram-se os objetivos estratégicos do hospital (referentes às quatro perspectivas do BSC), bem como os indicadores voltados a cada um desses alvos. Além das respostas dos gestores sobre as medidas julgadas essenciais, foram utilizadas, para isso, as determinações presentes nas legislações aplicáveis.

Assim, ao término do trabalho, apresentou-se um mapa que representa graficamente as relações de causa e efeito entre os objetivos estratégicos delineados para o alcance da missão organizacional, consumando-se a proposta a qual este estudo se dispôs atingir.

Apesar desses resultados, aponta-se como limitação do estudo a não realização dos *Workshops* sugeridos pela metodologia BSC para o consenso dos gestores sobre os objetivos e indicadores do hospital. Por motivos de incompatibilidade de horários e rotina desses, não se pôde realizar tais etapas na íntegra para construção do sistema.

Por fim, como recomendações para estudos futuros, têm-se a investigação de como a cultura organizacional interfere na apropriada implementação dos sistemas de mensuração de desempenho. Isto é, estudar não apenas a aplicação do SMDO

sugerido para o hospital de ensino, mas entender a importância de investir em qualificação profissional para que se possibilite o desenvolvimento da cultura organizacional e a gestão estratégica.

8. REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. **O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente.** In: Caderno Enap, nº 10, 1997.

ABRUCIO, Fernando Luiz. **Trajatória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas.** RAP. Rio de Janeiro, Edição Especial Comemorativa, p. 67-86, 2007.

AFONSO, Rodrigo Winter et al. **Uma avaliação da adoção do BSC pelos Tribunais de Contas dos Estados.** Cadernos Gestão Pública e Cidadania, v. 20, n. 66, 2015.

AGUIAR, A. B. DE; FREZATTI, F. **Structure : a Proposal of Analysis.** REPEC - Revista de Educação e Pesquisa em Contabilidade, v. 1, n. 3, p. 21-44, 2007.

AHMAD, K.; ZABRI, S. M. **The Application of Non-Financial Performance Measurement in Malaysian Manufacturing Firms.** Procedia Economics and Finance, v. 35, n. October 2015, p. 476-484, 2016.

ALVAREZ, J. **Marketing estratégico e estratégia competitiva de empresas turísticas: Um estudo de caso da cadeia hoteleira Sol Meliá.** [s.l.] Universidade de São Paulo, 2003.

ANDRADE, L.; INÁCIO, L. **Inovação gerencial no setor saúde: um estudo sobre a aplicação do balanced scorecard em um hospital privado situado em São Paulo-SP.** 2008. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/7792>. Acesso em: 13 de agosto de 2016.

ANSOFF, H. Igor; MCDONNELL, Edward J. **Implantando a administração estratégica.** Atlas, 1993.

ARAGÃO, Cecília Vescovi de. **Burocracia, eficiência e modelos de gestão pública: um ensaio.** 1997.

ARAÚJO, J. L. C. DE. **A Criação de Valor Influenciando o Posicionamento Estratégico – Estudo de Caso do Grupo RCH.** [s.l.] Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2006.

ARAÚJO, Priscila Gomes de; PEREIRA, José Roberto. **Análise da aplicabilidade do modelo gerencial na administração municipal.** Revista de Administração Pública, v. 46, n. 5, p. 1179-1199, 2012.

ASOSHEH, Abbas; NALCHIGAR, Soroosh; JAMPORAZMEY, Mona. **Information technology project evaluation: An integrated data envelopment analysis and balanced scorecard approach.** Expert Systems with Applications, v. 37, n. 8, p. 5931-5938, 2010.

AZEVEDO, Antonio Carlos de. **Avaliação de desempenho de serviços de saúde.** Rev. Saúde públ., S. Paulo, 25: 64-71, 1991.

BARBOSA, A. M. **Avaliando a qualidade da gestão de organizações sociais: A proposição de um instrumento à luz do Modelo de Excelência da Gestão (MEG).** [s.l.] Universidade Federal da Bahia, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1979.

BATISTA, Fábio Ferreira. **Modelo de gestão do conhecimento para a administração pública brasileira: como implementar a gestão do conhecimento para produzir resultados em benefício do cidadão**. IPEA, 2012.

BELMIRO, N. J.; PISCOPO, M. R. **Estratégias De Inovação De Valor E O Modelo Delta : O Caso Zara**. eGestão - Revista Eletrônica de Gestão de Negócios, v. 2, n. 4, p. 26–50, 2006.

BERNARD, Ricardo Rodrigo Stark. **The rise of non-financial measures**. Encontro da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração, v. 23, 1999.

BHAGWAT, Rajat; SHARMA, Milind Kumar. **Performance measurement of supply chain management: A balanced scorecard approach**. Computers & Industrial Engineering, v. 53, n. 1, p. 43-62, 2007.

BIGLIARDI, Barbara; BOTTANI, Eleonora. **Performance measurement in the food supply chain: a balanced scorecard approach**. Facilities, v. 28, n. 5/6, p. 249-260, 2010.

BITENCOURT, L. C.; GARCEZ, M. P.; CARDOSO, M. V. **Relações entre o posicionamento estratégico e as dimensões de indicadores de desempenho em projetos estratégicos em uma empresa de grande porte do varejo brasileiro**. Journal of Administrative Sciences, v. 21, n. 2, p. 439–469, 2015.

BITITCI, U. S.; TURNER, UT.; BEGEMANN, C. **Dynamics of performance measurement systems**. International Journal of Operations & Production Management, v. 20, n. 6, p. 692–704, 2003.

BOURNE, M.; FRANCO, M.; WILKES, J. **Corporate Performance Management**. Measuring Business Excellence, v. 7, n. 3, p. 15–21, 2003.

BRASIL. **Instrumento para Avaliação da Gestão Pública**. 1/2014 ed. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Pública: Secretaria de Gestão Pública, 2014.

BRASIL. Presidência da República. **Plano diretor da reforma do aparelho do estado**. Brasília, 1995. 68 p.

BRITO, E. DE J. O. **Gestão do Conhecimento e Qualidade como Vetores de Competitividade na Administração Pública Local**. [s.l.] Universidade de Coimbra, 2010.

BRULON, Vanessa; OHAYON, Pierre; ROSENBERG, Gerson. **A reforma gerencial brasileira em questão: contribuições para um projeto em construção**. 2012.

BULGACOV, S.; BULGACOV, Y. L. M.; CANHADA, D. I. D. **Indicadores qualitativos de gestão para incubadoras e empresas empreendedoras incubadas: um estudo longitudinal**. Revista de Administração FACES Journal, v. 8, n. 2, p. 55–74, 2009.

CALLADO, A. L. C.; CALLADO, A. A. C.; ALMEIDA, M. A. **A utilização de indicadores de desempenho não-financeiros em organizações agroindustriais: um estudo exploratório**. Organizações Rurais & Agroindustriais, v. 10, n. 1, p. 35–48, 2008.

CALLADO, Antônio André Cunha; MENDES, Eulino; CALLADO, Aldo Leonardo Cunha. **Um estudo empírico da significância das relações entre a elaboração de metas estratégicas e o uso de indicadores de desempenho**. Revista Iberoamericana de Contabilidade de Gestión, v. 11, n. 21, 2013.

CAMARGOS, Marcos Antonio de; DIAS, Alexandre Teixeira. **Estratégia, administração estratégica e estratégia corporativa: uma síntese teórica**. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 27-39, 2003.

CAMPELO, Graham Stephan Bentzen. **Administração pública no Brasil: ciclos entre patrimonialismo, burocracia e gerencialismo, uma simbiose de modelos**. Ciência & Trópico, v. 34, n. 2, 2013

CASTELLS, Manuel. **Redes de indignação e esperança**. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2013.

CAVALCANTE, Geisa Fabiane Ferreira; DE LIMA, Izabel França. **Gerenciamento da rotina do trabalho em editoras universitárias públicas na perspectiva da sociedade da informação**. *Gestão & Aprendizagem*, v. 5, n. 2, 2016.

CAVALCANTI, Bianor Scelza. **O gerente equalizador: estratégias de gestão no setor público**. FGV Editora, 2005.

CEBECI, Ufuk. **Fuzzy AHP-based decision support system for selecting ERP systems in textile industry by using balanced scorecard**. *Expert Systems with Applications*, v. 36, n. 5, p. 8900-8909, 2009.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: McGRAW-HILL do Brasil, 1983

CHANDLER, A. D. **Strategy and structure: chapters in the history of the American industrial enterprise**. Cambridge, MA: MIT Press, 1962.

CHAVAN, Meena. **The balanced scorecard: a new challenge**. *Journal of management development*, v. 28, n. 5, p. 393-406, 2009.

CLARKSON, Max B. E. 1995. **A stakeholder framework for analyzing and evaluating corporate social performance**. *The Academy of Management Review*, v. 20, n. 1, p. 92-117, Jan 1995.

CORRÊA, H. L.; CORRÊA, C. A. **Administração da Produção e Operações - Manufatura e Serviços: uma abordagem estratégica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

COSTA, Ana. **Aplicação da Metodologia Balanced Scorecard em Instituições do Sector Público Não Lucrativo - O Estudo do Caso Instituto Politécnico de Portalegre**. Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Economia e Gestão, Universidade Técnica de Lisboa, 2009.

COSTA, Frederico Lustosa da. **Brasil: 200 anos de Estado; 200 anos de administração pública; 200 anos de reformas**. *Revista da Administração*, vol.42, n.5, pp. 829-874. 2008.

COUTINHO, Marcelo James Vasconcelos. **Administração pública voltada para o cidadão: quadro teórico-conceitual**. *Revista do Serviço Público*, v. 51, n. 3, p. 40-73, 2000.

CREAMER, Germán; FREUND, Yoav. **Learning a board Balanced Scorecard to improve corporate performance**. *Decision Support Systems*, v. 49, n. 4, p. 365-385, 2010.

CRESWELL, John W.; CLARK, Vicki L. Plano. **Pesquisa de Métodos Mistos-: Série Métodos de Pesquisa**. Penso Editora, 2015.

CRISPIM, S.; LUGOBONI, L. **Avaliação de desempenho organizacional: Análise comparativa dos modelos teóricos e pesquisa de aplicação nas Instituições de Ensino Superior da Região Metropolitana de São Paulo**. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, v. 11, n. 1, p. 41-54, 2012.

CRUZ, Isabel Maria Correia. **O balanced scorecard e a gestão das organizações hospitalares**. In: *Cities in Competition. Finance management challenges: selected papers from the XV Spanish-Portuguese Meeting of Scientific Management*. Universidad de Sevilla, 2005. p. 441-446.

CUNHA JUNIOR, Luiz Arnaldo Pereira. **Taxonomia dos órgãos e entidades da administração pública federal e de outras entidades e instrumentos de implementação de políticas públicas**. In: *CONGRESSO DO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA*. 2011. p. 26-39.

CUNHA, J. A. C. DA. **Avaliação de desempenho e eficiência em organizações de saúde: um estudo em hospitais filantrópicos**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2011.

DAVIS, Stan; ALBRIGHT, Tom. **An investigation of the effect of balanced scorecard implementation on financial performance**. Management accounting research, v. 15, n. 2, p. 135-153, 2004.

DE SOUZA, Antonio Ricardo; DE CARVALHO, Vinícius Carvalho. **O estado da reforma: balanço da literatura em gestão pública (1994/2002)**. Revista do Serviço Público, v. 54, n. 2, p. 61-89, 2014.

DO AMARAL, Helena Kerr. **Desenvolvimento de competências de servidores na administração pública brasileira**. Revista do serviço público, v. 57, n. 4, p. 549-563, 2014.

ENKE, E. J. F. L.; SOUZA, I. M. DE; PEREIRA, M. F. **O Modelo de Excelência em Gestão pública e o critério definido como estratégias e planos: uma breve análise no âmbito das Universidades Federais**. XIV Colóquio Internacional de Gestão Universitária. Anais. Florianópolis: 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/131999>>

EVANS, Vaughan. **Ferramentas estratégicas: guia essencial para construir estratégias relevantes**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

FAHEY, L., **Gestão estratégica: o desafio empresarial mais importante da atualidade**. In: FAHEY, L.; RANDALL, R. M. MBA curso prático: estratégia. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999. p. 15-63.

FEDERAL, Senado. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

FELDMAN, Liliane B.; GATTO, Maria AF; CUNHA, I. C. K. O. **História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação**. Acta Paul Enferm, v. 18, n. 2, p. 213-9, 2005.

FELIX, Rozelito; DO PRADO FELIX, Patrícia; TIMÓTEO, Rafael. **Balanced Scorecard: adequação para a gestão estratégica nas organizações públicas**. Revista do Serviço Público, v. 62, n. 1, p. 51-74, 2014.

FERNANDES, Alan Gabriel. **Balanced Scorecard aplicado à Administração Pública: uma proposta de planejamento estratégico para o Departamento de Administração e Economia da Universidade Federal de Lavras**. 2013.

FERNANDES, K. J.; RAJA, V.; WHALLEY, A. **Lessons from implementing the balanced scorecard in a small and medium size manufacturing organization**. Technovation, v. 26, p. 623–634, 2006.

FERRARINI, Clarice Della Torre. **Conceitos e definições em saúde**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 30, n. 3, p. 314-338, 1977.

FERREIRA, A. R. **Modelo de excelência em gestão pública**. Revista Eixo, v. 1, n. 1, p. 31–43, 2012a.

FERREIRA, Caio Márcio Marini. **Crise e reforma do Estado: uma questão de cidadania e valorização do servidor**. Revista do Serviço Público, v. 47, n. 3, p. 5-33, 2014.

FERREIRA, T. F. **Posicionamento competitivo em economias de redes: uma aplicação do modelo delta em mercados de baixa diferenciação**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2012b.

FIGUEIREDO, M. A. D. et al. **Definição de atributos desejáveis para auxiliar a auto-avaliação dos novos sistemas de medição de desempenho organizacional**. Gestão & Produção, v. 12, n. 2, p. 305–315, 2005.

FISHMANN, A. A.; ALMEIDA, M. I. R. **Planejamento estratégico na prática**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

FLEURY, Afonso Carlos Corrêa. **Metodologia de pesquisa em engenharia de produção e gestão de operações**. Ed. Paulo Augusto Cauchick Cauchick. 2012.

FNQ. **Crítérios rumo à excelência: Avaliação e diagnóstico da gestão organizacional**. 7. ed. São Paulo: Fundação Nacional da Qualidade, 2014b.

FNQ. **Modelo de Excelência da Gestão**. Fundação Nacional da Qualidade. São Paulo, 2014a. Disponível em: <<http://www.fnq.org.br/informe-se/publicacoes/e-books>>

FREITAS, Carlos Alberto Sampaio de. **Auditoria de gestão e estratégia no setor público**. Revista do Serviço Público, v. 52, n. 4, p. 57-70, 2014.

GALVÃO, H. M.; CORREA, H. L.; ALVES, J. L. **Modelo de avaliação de desempenho global para instituições de ensino superior**. Revista de Administração da UFSM, v. 4, n. 3, p. 425–441, 2011.

GAMEIRO, T. M. G. L. **Balanced scorecard em instituições hospitalares: esboço para o bloco operatório**. Setembro de 2011. 105 p. Dissertação de mestrado em Gestão e Economia da Saúde – Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Coimbra, 2011.

GANGA, G. M. D. et al. **Medindo o desempenho logístico: a perspectiva do nível de serviço logístico**. X SIMPEP. Anais...Bauru: UNESP, 2003 Disponível em: <<http://www.simpep.feb.unesp.br/anais.php>>

GARCIA, Riter Lucas Miranda. **Eficiência em órgãos públicos: uma proposta de indicadores**. Dissertação de Mestrado. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 2008.

GARENGO, P.; BIAZZO, S.; BITITCI, U. **Performance measurement systems in SMEs: A review for a research agenda**. International Journal of Management Reviews, v. 7, n. 1, p. 25–47, 2005.

GASSENFERTH, W.; MACHADO, M. A. S. **Comparando a abrangência do balanced scorecard com os modelos do TQC e PNQ**. Engevista, v. 9, n. 1, p. 35–46, 2007.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Universidade Aberta do Brasil–UAB/UFRGS – Curso de Graduação Tecnológica–Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, p.120, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, David Naranjo. **El uso del cuadro de mando integral y del presupuesto en la gestión estratégica de los hospitales públicos**. Gaceta Sanitaria, v. 24, n. 3, p. 220-224, 2010.

GITINEJAD, B.; KERAMATI, M. **A survey on existing challenges of BSC implementation for performance measurement**. Management Science Letters, v. 4, n. 4, p. 733-738, 2014.

GLOBAL REPORTING INITIATIVE. **Directrizes para a Elaboração de Relatórios de Sustentabilidade**. Directrizes para a Elaboração de Relatórios de Sustentabilidade, v. 3, p. 1–51, 2006.

GODOY, L. P. et al. **Comparação de modelos dos sistemas de medição de desempenho com base nos indicadores de qualidade**. Revista Iberoamericana de Engenharia Industrial, v. 8, n. 15, p. 29–49, 2016.

GONÇALVES, Carlos Alberto; GONÇALVES FILHO, Cid; NETO, Mário Teixeira Reis. **Estratégia empresarial: o desafio nas organizações**. São Paulo: Saraiva, 2006.

GRENIER-SENNEЛИER, C. et al. **Développement d'indicateurs de qualité au sein des établissements de santé: le projet COMPAQH**. Revue d'épidémiologie et de santé publique, v. 53, p. 22-30, 2005.

GRIFFITH, John R. **Reengineering health care: Management systems for survivors**. Journal of Healthcare Management, v. 39, n. 4, p. 451, 1994.

HAX, A. C.; WILDE II, D. L. **Modelo Delta: Uma estrutura que alinha as atividades do dia-a-dia à estratégia e prevê a capacidade de adaptação atende melhor o mundo em transformação**. HSM Management, p. 88–96, 2000.

HAX, A. C.; WILDE II, D. L. **The Delta Project: Discovering new sources of profitability in a**

networked economy. 1. ed. New York: Palgrave, 2001.

HORA, H. R. M. DA; VIERA, L. E. V. **Sistemas de medição de desempenho organizacional: evolução e atualidade**. *Perspectivas Online*, v. 5, n. 1, p. 80–93, 2008.

HOURNEAUX JUNIOR, F. **Avaliação de desempenho organizacional: estudo de casos de empresas do setor químico**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2005.

HOURNEAUX JUNIOR, F. **Relações entre as partes interessadas (Stakeholders) e os sistemas de mensuração do desempenho organizacional**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2010.

HUANG, Hao-Chen. **Designing a knowledge-based system for strategic planning: A balanced scorecard perspective**. *Expert Systems with Applications*, v. 36, n. 1, p. 209-218, 2009.

HURST, Jeremy; JEE-HUGHES, Melissa. **Performance measurement and performance management in OECD health systems**. 2001.

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA. CICLO 2007. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/subprefeituras/pqgp/materiais_consulta/0001/Instrumento_Avaliacao_GESPUBLICA.pdf> Acessado em: 14 de Abril de 2016.

IRWIN, David. **Strategy mapping in the public sector**. *Long Range Planning*, v. 35, n. 6, p. 637-647, 2002.

ITTNER, C. D.; LARCKER, D. F. **Coming up short on nonfinancial performance measurement**. *Harvard Business Review*, v. 81, n. 11, p. 88–95, 2003.

JOHNSON, Gerry; SCHOLLES, Kevan; WHITTINGTON, Richard. **Fundamentos de estratégia**. São Paulo: Bookman Companhia Editora LTDA, 2011.

JÚNIOR, Aristides Alvares Dourado; SOUSA, Jonilto Costa. **Estrutura Organizacional: Considerações à Modelagem Organizacional**. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, v. 14, n. 2, p. 294-318, 2016b.

JÚNIOR, Temístocles Murilo Oliveira; DA COSTA, Frederico José Lustosa; MENDES, Arnaldo Paulo. **Perspectivas teóricas da corrupção no campo da administração pública brasileira: características, limites e alternativas**. *Revista do Serviço Público*, v. 67, p. 111-138, 2016a.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **The balanced scorecard: the measures that drive performance**. *The Harvard Business Review*, Jan./Feb. 1992.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **Linking the balanced scorecard to strategy**. *California Management Review*, v. 39, n. 1, p. 53–79, 1996.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **A estratégia em ação: balanced scorecard**. Gulf Professional Publishing, 1997.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **The strategy-focused organization: How balanced scorecard companies thrive in the new business environment**. Harvard Business Press, 2001.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **Mapas estratégicos: convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis**. 24. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **The balanced scorecard: measures that drive performance**. *Harvard business review*, v. 83, n. 7, p. 172, 2005.

KAPLAN, Robert S. **Conceptual foundations of the Balanced Scorecard**. *Handbooks of management accounting research*, v. 3, p. 1253-1269, 2008.

KAPLAN, Robert S. **Conceptual foundations of the Balanced Scorecard**. Harvard Business School Press. Working Paper n. 10-074. 2010.

KAUFMAN, Robert R. **A política da reforma do Estado: um exame de abordagens teóricas**. Revista do Serviço Público, v. 49, n. 1, p. 43-69, 2014.

KEINERT, Tania M. **Administração Pública no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Fapesp, 2007.

KENNY, G. **Strategy: Balanced Scorecard – Why it isn't working**. New Zeland Management, v. 50, n. 2, p. 1-32, 2003.

KIYAN, F.M. **Proposta para desenvolvimento de indicadores de desempenho como suporte estratégico**. São Carlos, 2001. 108p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo.

KOLLBERG, Beata; ELG, Mattias. **The practice of the Balanced Scorecard in health care services**. International Journal of Productivity and Performance Management, v. 60, n. 5, p. 427-445, 2011.

KOTLER, Philip; ARMSTRONG, Gary. **Princípios de marketing**. In: Princípios de marketing. Pearson Prentice Hall, 2007.

KRAUS, Thomas W.; BÜCHLER, Markus W.; HERFARTH, Christian. **Relationships between volume, efficiency, and quality in surgery—a delicate balance from managerial perspectives**. World journal of surgery, v. 29, n. 10, p. 1234-1240, 2005.

LEITE, Carla Pimenta. **Estabilidade do empregado público celetista: Súmula 390 do TST**. Revista Controle (Online), v. 6, n. 2, p. 84-87, 2016.

LENZ, G. S. **Medição de desempenho : uma proposta de sistema de avaliação de performance para redes horizontais de cooperação**. [s.l.] Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.

LIU, J. et al. **Review of performance measurement: implications for public-private partnerships**. Built Environment Project and Asset Management, v. 5, n. 1, p. 35-51, 2015.

LOBATO, David Menezes. **Estratégia de empresas**. Editora FGV, 2015.

LOPES, A. C. V. **Adoção de inovação organizacional: o caso do Balanced Scorecard (BSC) em três empresas brasileiras**. [s.l.] Universidade Nove de Julho, 2013.

LUGOBONI, L. F. **Modelos de avaliação de desempenho organizacional em instituições de ensino superior na Grande São Paulo**. [s.l.] Universidade Municipal de São Caetano do Sul, 2010.

MALTEMPI, M. M. **Sistemas de medição de desempenho organizacional: uma análise comparativa das ferramentas Prism, Pyramid e BSC**. Universitas, v. 7, n. 13, p. 107-122, 2014.

MARCONDES, J. L. et al. **O Modelo de Excelência em Gestão (MEG) nas organizações de aprendizagem**. Cadernos da Escola de Negócios, v. 1, n. 10, p. 52-59, 2012.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. In: Fundamentos de metodologia científica. Atlas, 2010.

MARINHO, S. V. **Uma proposta de sistemática para operacionalização da estratégia utilizando o balanced scorecard**. [s.l.] Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

MARINI, Caio; MARTINS, Humberto. **Um governo matricial: estruturas em rede para geração de resultados de desenvolvimento**. In: Congreso Internacional del Clad sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. 2004.

MASCENA, K. M. C. DE et al. **Videogames e Estratégia: O Posicionamento Estratégico de Empresas Brasileiras de Software de Jogos Digitais**. Encontro Anual Da Associação Nacional Dos Programas De Pós-Graduação Em Administração. Anais...Rio de Janeiro: 2012. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/enanpad_2012/ESO/Tema04/2012_ESO1903.pdf>

MATIAS-PEREIRA, J. **Administração pública comparada: uma avaliação das reformas administrativas do Brasil, EUA e União Européia**. RAP – Rio de Janeiro, 42 (1): 61-82, Jan/Fev. 2008.

MATIAS-PEREIRA, J. **Manual de gestão pública contemporânea**. São Paulo: Atlas, 2009.

MATOS, Jatene Costa. **Administração pública gerencial**. ANAIS DO ENIC, v. 1, n. 4, 2015.

MATOS, Luis Filipe. **A utilização do Balanced Scorecard para monitorar o desempenho de um Hospital. 2006**. Dissertação de Mestrado em Sistemas de Informação, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

MATTAR, Fauze Najib. **Pesquisa de marketing–Volume 1: Metodologia e planejamento**. São Paulo: Atlas, 1996.

MAZETO, R. B. **Estudo de caso de avaliação dos ativos intangíveis utilizando o Modelo De Excelência de Gestão do Prêmio Nacional da Qualidade**. [s.l.] Universidade Estadual Paulista, 2011.

MAZZA, Alexandre. **Manual de Direito Administrativo**. 4.ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

MEIRELLES, A. M.; GONÇALVES, C. A. **O que é estratégia: histórico, conceito e analogias**. In: GONÇALVES, C. A.; REIS, M. T.; GONÇALVES, C. (Orgs.). **Administração estratégica: múltiplos enfoques para o sucesso empresarial**. Belo Horizonte: UFMG/CEPEAD, 2001. p. 21-33.

MENDES, Vera Lúcia Peixoto Santos. **Estado e Sociedade Civil no Brasil: uma maltratada relação?** Organizações & Sociedade, v. 5, n. 13, p. 127-148, 1998.

MERCHANT, K. **Measuring general managers' performances: Market, accounting and combination-of-measures systems**. Accounting, Auditing & Accountability Journal, v. 19, n. 6, p. 893–917, 2006.

MESQUITA, F.; QUESADO, P. R. **O Balanced Scorecard Como Ferramenta De Gestão Estratégica No Sector Hoteleiro**. AECA: Revista de la Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas, n. 101, p. 1–16, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Terminologia Básica em Saúde**. 2 ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 32 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 1101, de 12 de junho de 2002**. Brasília, 2002b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 3410, de 30 de dezembro de 2013**. Brasília, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Interministerial n. 285, de 24 de março de 2015**. Brasília, 2015.

MINTZBERG, Henry. **Ascensão e queda do planejamento estratégico**. Bookman Editora, 2004.

MINTZBERG, Henry; LAMPEL, Joseph; QUINN, James Brian; GHOSHAL, Sumantra. **O Processo da Estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados**. Porto alegre: Bookman, 2006.

MIRANDA, Luiz Carlos; SILVA, José Dionísio Gomes da. **Medição de desempenho. Controladoria: agregando valor para a empresa**. Porto Alegre: Bookman, v. 2992, n. 262, p. 131-153, 2002.

MONTEIRO, Renato Pereira; PEREIRA, Cleber Augusto; PEREIRA, Neimar Sousa Pinto. **O impacto das reformas da administração pública brasileira na regulação contabilística do setor**. Revista UNEMAT de Contabilidade, v. 3, n. 6, 2014.

MORAES, Ilara Hammerli Sozzi de. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. In: Saúde em debate. Hucitec; Abrasco, 1994.

MORAN, M. R. et al. **Congruências entre posicionamentos estratégicos e redes de negócios: estudo de caso de uma subsidiária brasileira**. Revista de Administração, p. 68–80, 2012.

MORESI, Eduardo et al. **Metodologia da pesquisa**. Universidade Católica de Brasília, 2003.

MOTTA, Paulo Roberto. **A modernização da administração pública brasileira nos últimos 40 anos**. Revista de Administração Pública, v. 41, p. 87-96, 2007.

MOTTA, Paulo Roberto. **O estado da arte da gestão pública**. Revista de Administração de Empresas, v. 53, n. 1, p. 82-90, 2013.

NAJMI, M.; ETEBARI, M.; EMAMI, S. **A framework to review Performance Prism**. International Journal of Operations & Production Management, v. 32, n. 10, p. 1124–1146, 2012.

NASCIMENTO, S. DO et al. **Mapeamento dos indicadores de desempenho organizacional em pesquisas da área de Administração, Ciências Contábeis e Turismo no período de 2000 a 2008**. Revista de Administração, v. 46, n. 4, p. 373–391, 2011.

NEELY, A.; ADAMS, C. **Perspectives on performance: the performance prism**. London: Gee Publishing, 2000.

NEELY, A.; ADAMS, C.; CROWE, P. **The Performance Prism in Practice**. Measuring Business Excellence, v. 5, n. 2, p. 6–13, 2001.

NEVES, Arminda. **Gestão na administração pública**. 1ª Ed. Cascais: Portugal, 2002.

NIVEN, P. R. **Balanced Scorecard Step-by-Step: Maximizing Performance and Maintaining Results**. 1. ed. New York: John Wiley & Sons, Inc., 2002.

NIVEN, Paul R. **Balanced scorecard: Step-by-step for government and nonprofit agencies**. John Wiley & Sons, 2011.

NOGUEIRA, C. DE B. **Estratégias para a indústria de entretenimento móvel: aplicação do modelo delta**. [s.l.] Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2009.

NOGUEIRA, Denise Lima et al. **Avaliação dos Hospitais de Ensino no Brasil: uma revisão sistemática**. Rev. bras. educ. méd, p. 151-158, 2015.

NORREKLIT, H. **The balance on the balanced scorecard a critical analysis of some of its assumptions**. Management Accounting Research, v. 11, n. 1, p. 65–88, 2000.

NOVAES, Hillegonda Maria D. **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde**. Rev saúde pública, v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000.

NUNES, Pedro Manuel Miranda. **Provas Públicas de Agregação: Unidade Curricular de Modelos de Gestão Pública** (2012). Disponível em: <<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3813/1/Relat%C3%B3rio.pdf>>. Acesso em 25 de Abril de 2016.

OBREGON, R. DE F. A.; DZIEKANIAK, G. V.; VANZIN, T. **A Emergência da gestão do conhecimento para ancorar a excelência organizacional**. Perspectivas em Gestão & Conhecimento, v. 2, p. 218–227, 2012.

OHMAE, Kenichi. **The mind of the strategist: The art of Japanese business**. McGraw-Hill Professional, 1982.

OLIVEIRA JÚNIOR, M. DE M. et al. **Modelo Delta de Hax e Wilde II: contribuições ao pensamento**. Caderno de Pesquisas em Administração, v. 11, n. 3, p. 75–88, 2004.

OLIVEIRA, Aline Lourenço et al. **O marketing público no contexto da reforma gerencialista do estado**. Desenvolve Revista de Gestão do Unilasalle, v. 2, n. 2, p. p. 103-116, 2013.

OLIVEIRA, D. P. R. **Estratégia empresarial: uma abordagem empreendedora**. São Paulo: Editora Atlas, 1991.

OLIVEIRA, D. P. R. **Planejamento estratégico: conceitos, metodologia e práticas**. 33. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2015.

OLIVEIRA, Simone da Silva et al. **A influência do médico-gestor na gestão hospitalar: estudo de caso em um hospital universitário**. Dissertação de Mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa, 2016.

OLVE, Nils-Göran; ROY, Jan; WETTER, Magnus. **Condutores da performance**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001.

PAES DE PAULA, Ana P. **Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea**. Rio de Janeiro: FGV, 2005. 204 p.

PALUDO, Augustinho. **Administração Pública**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

PAPINI, Rogério de Oliveira et al. **Indicadores de Desempenho sob a ótica do Balanced Scorecard: estudo de caso numa empresa metalúrgica**. InterSciencePlace, v. 1, n. 19, 2015.

PEREIRA, Gênesis Miguel; LUCENA, Wenner Gláucio Lopes. **Modelos de avaliação de desempenho no setor público: aplicação na UFPB. Veredas**. Favip-Revista Eletrônica de Ciências, v. 6, n. 2, p. 104-123, 2014.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **Administração pública gerencial: estratégia e estrutura para um novo Estado**. ENAP, 1996.

PEREIRA. **Uma reforma gerencial da administração pública no Brasil**. Revista do Serviço Público, v. 49, n. 1, p. 5-42, 1998.

PEREIRA, Ramine Mirelle Mendes; COUTO, Felipe Fróes; SINDEAUX, Roney Versiani. **Mudanças normativas para uma nova Administração Pública no INSS: considerações sobre a transição dos modelos na gestão de pessoas**. Revista de Carreiras e Pessoas (ReCaPe), v. 5, n. 2, 2015.

PEREZ, Reginaldo Teixeira; FORGIARINI, Giorgio. **A administração pública no Brasil moderno: os modelos burocrático e gerencial**. Ensaios FEE, v. 37, n. 1, p. 283, 2016.

PETERS, B. Guy. **Os dois futuros do ato de governar: processos de descentralização e recentralização no ato de governar**. Revista do Serviço Público, v. 59, n. 3, p. 289-307, 2014.

PINHO, José Antonio Gomes de. **Reforma da Administração Pública no Brasil: A Resistência do “bunker” Patrimonialista e a Reforma Que Não Acontece**. SOCIEDADE, CONTABILIDADE E GESTÃO, v. 11, n. 3, 2016.

PINHO, José Antônio Gomes de. **Reforma do aparelho do Estado: limites do gerencialismo frente ao patrimonialismo**. Organizações & Sociedade, v. 5, n. 12, p. 59-79, 1998.

PINTO, F. J. S. **Balanced Scorecard – adaptações ao sector público e às organizações privadas sem fins lucrativos**. In: Seminário Internacional de Gestão e Estratégia no Século XXI. ESGHT

Universidade do Algarve, 2005. Disponível em: <<http://www.franciscojspinto.com/pdf/seminternestrat.pdf>>. Acesso em 9 de junho de 2015.

PORTER, Michael E. **Vantagem competitiva**. 20. ed. São Paulo: Editora Campus, 1989.

PORTER, Michael E. **Estratégia competitiva: técnicas para análise de indústrias e da concorrência**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

PRIETO, V. C. et al. **Fatores Críticos na implementação do Balanced Scorecard**. *Gestão & Produção*, v. 13, n. 1, p. 81–92, 2006.

PUNNIYAMOORTHY, M.; MURALI, R. **Balanced score for the balanced scorecard: a benchmarking tool**. *Benchmarking: An International Journal*, v. 15, n. 4, p. 420–443, 2008.

QUESADO, P.; MACEDO, Natália. **O Balanced Scorecard no Serviço de Urgência de um Hospital Público Empresarializado: Estudo de Caso**. *ENCUENTRO AECA*, v. 14, 2010.

QUINTELLA, O. M.; BRITO, G. A. L. **O Balanced Scorecard como ferramenta para implantação da estratégia: uma proposta de implantação**. *Revista Gestão Industrial*, n. 4, p. 452–459, 2005.

RABBANI, Fauziah et al. **Understanding the context of balanced scorecard implementation: a hospital-based case study in Pakistan**. *Implement Sci*, v. 6, n. 31, p. 1-14, 2011.

REAME JUNIOR, E.; REAME, G. H. **A aplicabilidade do Balanced Scorecard e do Performance Prism como Modelos de Sistemas de Medição de Desempenho Organizacional**. *Interface tecnológica*, v. 4, n. 1, p. 43–50, 2007.

RENDEIRO, M. DO C. R. **PERFORMANCE PRISM : Proposta de Modelo para o setor logístico**. [s.l.] Universidade do Porto, 2014.

RIBEIRO, André Browne et al. **Gerencialismo e desafios contemporâneos da gestão dos custos públicos no Brasil**. *Revista de Estudos Contábeis*, v. 3, n. 5, p. 63-82, 2013.

RIBEIRO, C. **O controlo de gestão nas unidades de saúde: o Balanced Scorecard**. *Revista OTOC*, v. 100, p. 61-66, 2008.

ROCHA, J. A. O. **O Modelo Pós-Burocrático: A Reforma da Administração Pública à Luz da Experiência Internacional Recente**. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Lisboa, ISCSP, 2000, pp. 37/40.

ROSSONI, Cláudio Farias. **Balanced Scorecard mediado pela gestão do conhecimento: modelo de uso para micro e pequenas empresas**. *Revista da Micro e Pequena empresa*, v. 4, n. 1, p. 20-35, 2011.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 43. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

SAWALQA, Fawzi Al; HOLLOWAY, David; ALAM, Manzurul. **Balanced Scorecard implementation in Jordan: An initial analysis**. *International Journal of Electronic Business Management*, v. 9, n. 3, p. 196, 2011.

SCHOUT, Denise; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. **Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais**. *Cienc Saude Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 935-44, 2007.

SCHWELLA, Erwin. **Inovação no governo e no setor público: desafios e implicações para a liderança**. *Revista do Serviço Público*, v. 56, n. 3, p. 259-276, 2014.

SECCHI, Leonardo. **Modelos organizacionais e reformas da administração pública**. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 347-369, 2009.

SERRA, Fernando A. Ribeiro; FERREIRA, Manuel Portugal; TORRES, Maria Candida S.; TORRES, Alexandre Pavan. **Administração estratégica: conceitos, roteiro prático e casos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

SGRECCIA, J. M. **Uma aplicação do Modelo Delta na indústria do turismo online: O caso do Hotel Urbano**. [s.l.] Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2016.

SHAIK, M.; ABDUL-KADER, W. **Performance measurement of reverse logistics enterprise: a comprehensive and integrated approach**. *Measuring Business Excellence*, v. 16, n. 2, p. 23–34, 2012.

SILVA JUNIOR, S. D. DA; LUCIANO, E. M.; TESTA, M. G. **Contribuições do Modelo de Medição de Desempenho Organizacional da Performance Prism ao Balanced Scorecard: Um estudo sob a perspectiva dos stakeholders**. *Revista de Ciências da Administração*, v. 15, n. 37, p. 136–153, dez. 2013.

SILVA, A. S.; ROCHA, A. C. B. **Indicadores de desempenho recomendados pelo Ministério da Saúde aos hospitais públicos: uma análise com base nas perspectivas do Balanced Scorecard**. In: XXII Simpósio de Engenharia de Produção (SIMPEP). Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2015. Disponível em: <http://www.simpep.feb.unesp.br/anais_simpep.php?e=10> Acesso em: 17 de fevereiro de 2016.

SILVA, B. F. G.; PROCHNIK, Victor. **Sete desafios para a implantação do balanced scorecard em hospitais**. In: Artigo Aceito para Apresentação na 3rd Conference on Performance Measurement and Management Control-Improving Organizations and Society, Nice, França, Setembro. 2005. p. 22-23.

SILVA, Edna Lúcia de; MENEZES, Estera Muzkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. UFSC, Florianópolis, 4a. edição, 2005.

SILVA, Flávia de Araújo; GONÇALVES, Carlos Alberto. **O processo de formulação e implementação de planejamento estratégico em instituições do setor público**. *Revista de Administração da UFSM*, v. 4, n. 3, p. 458-476, 2011.

SMULOWITZ, S. **Evidence for the performance prism in higher education**. *Measuring Business Excellence*, v. 19, n. 1, p. 70, 2015.

SOUZA, A. E. **Indicadores de mensuração de desempenho em pequenas e médias empresas (PMEs): estudo no setor calçadista de Santa Catarina**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2011.

SOUZA, C. A. V. DE. **O “Estado para Resultados” (EpR) e o “Modelo de Excelência da Gestão” (MEG): perspectiva comparada**. Congresso CONSAD de Gestão Pública. Anais.Basília: 2012. Disponível em: <<http://banco.consad.org.br/handle/123456789/557>>

SOUZA, Marli Vieiro Pontes; COSTA, Robson Antonio Tavares. **Administração Gerencial no Serviço Público**. *Revista de Administração Geral*, v. 1, n. 2, p. 138-153, 2016.

SOUZA, S. C. DE; MARINHO, S. V. **Planejamento Estratégico Baseado No Balanced Scorecard: Um Estudo De Caso Aplicado a Uma Pequena Empresa De Segurança**. *Gestão & Planejamento*, v. 15, n. 2, p. 213–237, 2014.

TAKASHINA, Newton Tadachi; FLORES, Mário César Xavier. **Indicadores da qualidade e do desempenho: como estabelecer metas e medir resultados**. Qualitymark Editora Ltda, 2004.

TEIXEIRA, Aline Alves; DA CRUZ, Janete Araújo; FONSECA, Platini Gomes. **Administração Pública dos Serviços de Saneamento Básico: Uma análise da aplicabilidade da Gestão Estratégica com o uso do Balanced Scorecard–BSC NA Empresa Baiana de Águas e Saneamento–EMBASA**. Id on Line *REVISTA DE PSICOLOGIA*, v. 9, n. 25, p. 159-179, 2015.

TEIXEIRA, Enise Barth. **A análise de dados na pesquisa científica: importância e desafios em estudos organizacionais**. *Desenvolvimento em questão*, v. 1, n. 2, p. 177-201, 2003.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Sistemas de proteção social pós-reformas: desmonte ou adaptação?**. Sociedade em Debate, v. 18, n. 2, p. 27-39, 2013.

TERENCE, Ana Cláudia Fernandes. **Planejamento estratégico como ferramenta de competitividade na pequena empresa: desenvolvimento e avaliação de um roteiro prático para o processo de elaboração do planejamento**. São Carlos, 2002. 211 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo.

THOMPSON JR, Arthur A.; STRICKLAND III, A. J. **Planejamento estratégico: elaboração, implementação e execução**. São Paulo: Pioneira, 2000.

TIFFANY, Paul; PETERSON, Steven D. **Planejamento estratégico: o melhor roteiro para um planejamento estratégico eficaz**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

TOLEDO, G. L.; QUELOPANA, E. M.; POLLERO, Á. C. **Posicionamento estratégico e liderança em mercado globalizado sob o enfoque do Modelo Delta: O caso de uma holding latino-americada líder em P&D&I**. Organizações & Sociedade, v. 14, n. 41, p. 135–159, 2007.

TORRENS, E. W.; GOMES, G.; TOLEDO FILHO, J. R. DE. **Estudo comparativo entre as teorias de avaliação de desempenho das empresas**. XVII Congresso Brasileiro de Custos. Anais...Belo Horizonte: 2010. Disponível em: <<https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/798>>

TORRES, Marcelo Douglas de Figueiredo. **Estado, democracia e administração pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2007.

TROTTA, Annarita et al. **Applying the Balanced Scorecard approach in teaching hospitals: a literature review and conceptual framework**. The International journal of health planning and management, v. 28, n. 2, p. 181-201, 2013.

UKKO, J. Ä.; TENHUNEN, J.; RANTANEN, H. **Performance measurement impacts on management and leadership : Perspectives of management and employees**. International Journal of Production Economics, v. 110, p. 39–51, 2007.

VENDRAMINI, A. DA S. C.; BARBERO, E. R.; FERREIRA, A. A. **A Estratégia Empresarial enquanto um corpo teórico: Uma avaliação crítica do Modelo Delta de Hax e Wilde. Seminários em Administração**. Anais...São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, 2005Disponível em: <<http://sistema.semead.com.br/8semead/resultado/trabalhosPDF/342.pdf>>

VIACAVA, Francisco et al. **Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro**. Ciênc saúde coletiva, v. 9, n. 3, p. 711-24, 2004.

VIEIRA, Dirce Krassuski; DETONI, Dimas José; DOS SANTOS BRAUM, Loreni Maria. **Indicadores de Qualidade em uma Unidade Hospitalar**. III Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, 2006.

VILLA, Marco Antonio. **Collor presidente: trinta meses de turbulências, reformas, intrigas e corrupção**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2016.

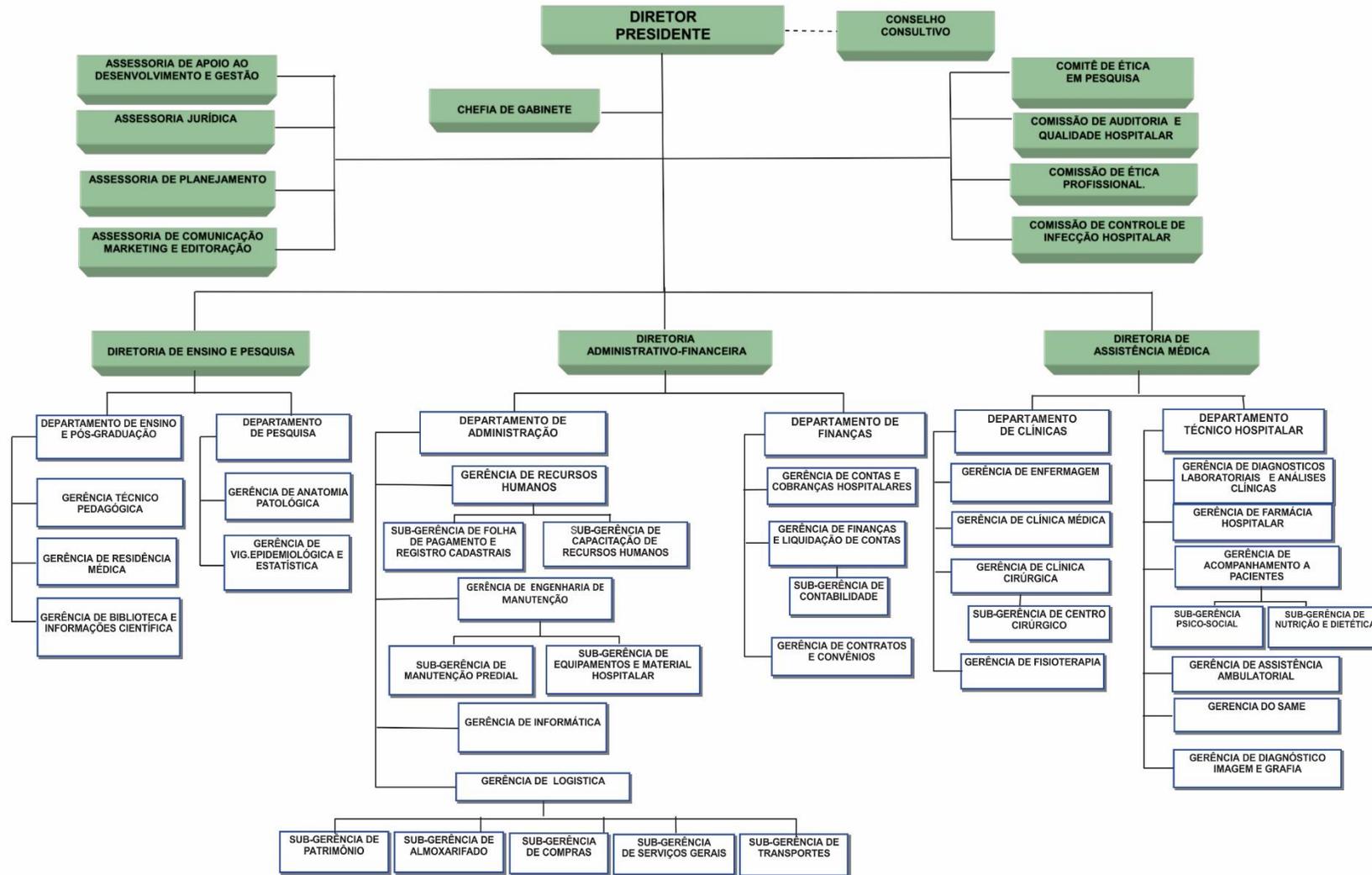
WOODS, Margaret; GRUBNIC, Suzana. **Linking comprehensive performance assessment to the balanced scorecard: evidence from Hertfordshire County Council**. Financial Accountability & Management, v. 24, n. 3, p. 343-361, 2008.

WRIGHT, P.; KROLL, M.; PARNELL, L. **Administração estratégica: conceitos**. São Paulo: Atlas, 2000.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZILBER, M. A.; FISCHMANN, A. A. **Competitividade e a importância de indicadores de desempenho: utilização de um modelo de tendência**. Encontro da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração. Anais...2002. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/eadonline/grupodepesquisa/publicações/Adalberto/50.pdf>>

ANEXO A: ORGANOGRAMA DA FUNDAÇÃO HOSPITALAR PÚBLICA DE ENSINO



ANEXO B: Questionário de Entrevista

SEÇÃO 1: PERFIL PROFISSIONAL DOS GESTORES

PERGUNTA 1: Qual a sua idade?

PERGUNTA 2: Há quanto tempo o (a) senhor (a) está como gestor neste hospital?

PERGUNTA 3: Qual seu nível de escolaridade, sua área de formação e os cursos de graduação e pós-graduação que possui?

PERGUNTA 4: O (a) senhor (a) possui formação em gestão (graduação, pós-graduação ou outro tipo de especialização)?

SEÇÃO 2: RELATÓRIO DE GESTÃO

PERGUNTA 5: Qual o objetivo do Relatório de Gestão do Hospital?

Entrevistados	Respostas
1	Dar subsídios para melhorias. Através das informações, avaliar os serviços e fazer novas programações.
2	Hoje no Estado o relatório de gestão deve atender a mensagem do governador e o plano plurianual. Porém os indicadores são muito genéricos, não refletem a realidade da organização, são pouco utilizados pela gestão interna. São mais utilizados para divulgação pública.
3	Serve, primeiramente, como uma autocrítica. Quando se monta o relatório, verifica-se o que foi planejado e o que não pôde ser feito. É feita uma autoanálise: o que planejamos, o que executamos, o que não executamos, por que não executamos, para assim verificar o que pode ser melhorado na prestação de serviços à comunidade.
4	O relatório de gestão é fundamental dentro de uma instituição, pois ali se tem uma visão geral do que é pra ser feito e do que foi feito; isso para que não haja interferência entre as atividades de diferentes áreas. Assim, é fundamental para a organização das atividades.
5	Seria para você programar as ações para o ano seguinte. Seria para você avaliar o que foi feito naquele ano, os acertos e os erros, e em cima disso programar o ano seguinte.
6	O relatório de gestão serve para fazer um apanhado geral do que deve ser mudado, quais máquinas estão obsoletas, serve também para verificar a produtividade a produtividade do hospital, quanto foi feito.
7	O objetivo é melhorar o atendimento à população, corrigir alguns erros cometidos para o próximo ano.
8	É uma ferramenta que nos fornece indicadores sobre quantos pacientes atendidos, por exemplo. Posso fornecer informações para as diretorias para que verifiquem quanto foi executado, quanto era a meta, qual a necessidade de aumentar esses indicadores para o próximo ano, para solicitar recursos, insumos, equipamentos, para atingir as metas e melhorar o atendimento. Podemos apresentar as justificativas para que possamos aumentar a oferta e solicitar novos recursos.
9	O relatório é um espelho, onde se enxerga todas as atividades do período de forma resumida, tudo o que foi feito. Além disso, o relatório favorece o planejamento futuro a partir do que foi executado: os focos e as metas a serem atingidas; o que foi feito e o que falta fazer; que direção seguir. Pois a partir dos indicadores, se avaliam os serviços que estão aquém e mesmo os que estão se sobrepondo a outros sem ser prioridade.

10	O objetivo do relatório é a consolidação dos dados (produção do hospital, principais dados). Nós mandamos as principais atividades desenvolvidas, principais reformas com maior impacto. E também passamos dados sobre as manutenções corretivas.
11	Serve para demonstrar o que tem sido feito e ver o que pode ser melhorado, diminuindo os erros.
12	Atender o máximo possível da demanda e dar a melhor qualidade de atendimento aos pacientes. Para que as pessoas vejam que tentamos fazer o melhor.
13	Ele é importante para passar conhecimento para a população sobre as atividades que foram executadas. Serve para as pessoas saberem os serviços, os quantitativos. Além disso as informações são repassadas para a diretoria e para a secretaria do estado.
14	Avaliar o nosso desempenho como gestores e as nossas falhas. E verificar onde estamos com dificuldades. Passamos as nossas necessidades para o nosso diretor e ele passa para o diretor geral.
15	É ver o que foi feito e o que pode ser feito no ano seguinte, questão de planejamento, o que pode ser aplicado como melhoria.
16	Filtrar quais as necessidades, os pontos positivos, quais os negativos.
17	Mostrar a evolução da fundação.
18	Fazer um balanço de todas as atividades desenvolvidas; público atingido, cirurgias e serve para buscarmos recursos.
19	Além de fazer o levantamento daquilo que foi planejado, é corrigir as falhas identificadas durante o ano e propor melhorias para que essas falhas não venham ocorrer novamente.
20	Dar uma satisfação para o gestor que está acima de nós; contribuir para uma pesquisa; mas não vejo retorno quanto a isso, por isso acho uma perda de tempo.
21	Passar informações a respeito das atividades específicas da onde estou trabalhando.
22	Principalmente fazer um comparativo de um ano para o outro; o que pôde ser melhorado; para o gestor maior tomar decisão.
23	O objetivo do relatório é passar de alguma forma um subsídio objetivo sobre as atividades dos diferentes setores, tornando possível que o gestor macro conheça nos detalhes as atividades que são feitas na fundação.
24	Primeira coisa: prestar contas com a SUSAM e com o ministério, para saber se está atingindo as metas.
25	Para, após olhar as estatísticas, verificar se houve melhora ou não. Fazer um comparativo entre os índices; se houve melhora na assistência; se os objetivos foram alcançados ou não.
26	O relatório é uma obrigação. O nosso relatório não é só levado ao tribunal de contas, mas também à SUSAM. O relatório é uma espécie de retrato da unidade. Na verdade o relatório demonstra o que você fez e o que deixou de fazer. Serve também para que eu possa mostrar o que de fato a fundação realiza com o que ela recebe. Ou para que eu possa modificar algo que eu não concorde, receber novos recursos para fazer mais cirurgias, melhorar a qualidade do atendimento, criar outros serviços.
27	Na realidade, o que eu espero de um relatório de gestão é não só saber o que a fundação consegue realizar, mas o que não conseguiu fazer diante daquilo que se propôs. Preciso encontrar no relatório uma proposta de decisões futuras, para a melhoria.

PERGUNTA 6: O (A) Sr. (a) utiliza o Relatório de Gestão para tomar decisões quanto às suas atividades?

Entrevistados	Respostas
1	Neste hospital ainda não uso, pois só estou no cargo há 30 dias. Porém, no trabalho anterior utilizava, até mesmo para fornecer informações à SUSAM.
2	Utilizo o relatório no que se refere ao ensino e pesquisa, como o número de residentes médicos no ano e estágios da área da saúde; o número de pesquisas realizadas no hospital; os PAICs realizados no ano. Porém, os dados do relatório

	não são muito úteis internamente, apenas para informar à população. São necessários mais indicadores para que se tenha uma gestão mais apurada.
3	Sim, uso o relatório.
4	Não uso o relatório, pois eu não tenho poder para tomar decisões. Normalmente repasso as necessidades para minha chefe imediata e ela repassa para o diretor. Existe uma hierarquia e eu não tenho poder para tomar decisões diretamente.
5	Ainda não conheço o relatório deste hospital, mas das unidades que eu passei, nem de perto isso é feito. Acho que existem muitas informações desnecessárias. Deveria ser mais enxuto, mais objetivo, com métodos oficiais de mensuração, com maior fidedignidade.
6	Não uso o relatório para tomar decisões.
7	Não uso. Como fico muito em campo, nas áreas do hospital, acabo sem ter tempo de utilizar o relatório.
8	Sim, utilizo.
9	Sim, utilizo o relatório. Mas utilizo principalmente outras informações coletadas no dia a dia.
10	Sim, pois vejo quais os principais insumos a serem adquiridos para realizarmos nossas atividades.
11	Sim, sempre que posso eu utilizo.
12	Sim, bastante.
13	Sim, a nível de produção, verificando onde posso melhorar, onde está um pouco sobrecarregado.
14	A gente tenta melhorar através do relatório.
15	Sim. Como o relatório temos uma visão mais ampla do que foi feito e do que precisa ser feito.
16	Sim
17	Não, não tem dados úteis para as minhas atividades.
18	Ele serve somente como um balanço, porém para tomar decisão, nenhuma. Pois todas as minhas decisões são tomadas dentro do meu setor, com os dados que eu tenho.
19	Sim, com certeza.
20	Se eu tivesse o relatório em mãos, eu até tentaria. Mas não lembro de um relatório que eu tenha usado.
21	Não. A decisão sobre melhorias é passada para a diretoria imediata e dela para a seguinte. Daí então são tomadas as decisões.
22	Com certeza.
23	Na verdade, eu não sou gestor. Eu passo um relatório da minha área pro departamento que eu estou ligado e o departamento, por sua vez, repassa para as esferas que estão acima. Na verdade, esse feedback que é feito das medidas que são tomadas a partir desses relatórios, a gente não tem. Portanto, não uso o relatório.
24	O relatório não é feito com o pensamento de se melhorar o ano seguinte. Além disso, é muito difícil conseguir informações sobre o relatório. Os dados são apenas quantitativos. Não há dados qualitativos. Com isso não se toma decisão.
25	Sim, pois vamos trabalhar em cima dos relatórios.
26	Sim, é essencial para as minhas atividades como gestor.
27	Sim, como falado anteriormente.

SECÃO 3: MISSÃO ORGANIZACIONAL

PERGUNTA 7: Qual a Missão Organizacional deste hospital?

Entrevistados	Respostas
1	Prestação de serviços de saúde.
2	Ser um hospital público que trabalha com assistência, ensino e pesquisa para a melhoria dos serviços de saúde da capital e melhoria dos níveis de saúde.

3	Promoção da saúde, dentro dos aspectos das cirurgias eletivas de média e alta complexidade, para a população de Manaus e de alguns estados circunvizinhos que têm a fundação como referência, principalmente na área de ortopedia. Assim como desenvolver a questão de ensino e pesquisa, dentro da área de saúde de Manaus e do estado do Amazonas.
4	A missão principal do hospital é a qualidade do atendimento ao paciente e todas as pessoas que chegarem ao local para qualquer tipo de atendimento, seja prestação de informações, consulta, exames, qualquer tipo de serviço prestado no hospital.
5	Não sei.
6	Eu nunca cheguei a conhecer a missão do hospital, mas creio que seja atender o cliente com qualidade, humanização e respeito ao usuário.
7	Atender a população que busca atendimento ortopédico, ambulatorial e cirurgias. Como estou recente, tem muitas especialidades que ainda não conheço.
8	Eu gostaria de me deter à minha área de atuação, onde temos a missão de atender os pacientes que comparecem ao setor ambulatorial para a realização de exames ambulatoriais clínicos, dentro das diversas especialidades. Bem como somos responsáveis pelos exames de média e alta complexidade através do sistema de regulação (exames de imagem e sangue).
9	Eu não tenho a missão pactuada, pra falar a verdade eu nem sei se existe uma missão pactuada, pois não vi e nem está exposta no hospital. Ao meu ver, a missão é proporcionar assistência médica de qualidade, proporcionar ensino, pesquisa e extensão. Além disso, deve-se ter como missão levar a fundação para a comunidade, deixar claro os benefícios que a fundação pode gerar à comunidade.
10	É atender com qualidade os usuários do SUS. Nossa especialidade é ortopedia, mas também atende outras especialidades.
11	Atender sempre melhor o cliente em relação a cirurgia e consultas.
12	Hoje é um hospital geral com referência em ortopedia e urologia.
13	O nosso foco inicial é o paciente. Então nós estamos voltados à suprir essa demanda no atendimento, no acolhimento.
14	Atender todos os pacientes que nos procuram dentro das áreas de clínica médica, ortopedia, cirurgia, otorrino e o nosso laboratório.
15	No meu entender, sem ser aquela frase pronta, é atender com excelência, sempre oferecendo os melhores serviços, o melhor atendimento, da melhor forma.
16	Desenvolver um bom atendimento; proporcionar um retorno satisfatório ao paciente.
17	Promover o atendimento das pessoas.
18	Especificamente é atender o público que busca atendimento em saúde, cirurgia geral, cirurgia ortopédica, buscar excelência nisso.
19	A missão geralmente fica estampada nas fundações e hospitais por onde já passei, mas aqui eu nunca vi! A missão é o atendimento qualificado e humanizado. Se tiver uma missão montada, escrita, eu ainda não tive a oportunidade de ver.
20	A função precípua do hospital é o indivíduo, tentar reduzir o sofrimento dele.
21	É meio difícil definir. Na minha opinião, setores tem uma missão, mas a instituição como um todo, devido a ingerências políticas, fica difícil de se ter.
22	Especificamente, no papel, eu não sei qual é, mas sei que existe com o pessoal do planejamento. Eu acho que é a parte de assistência ao usuário do serviço público e também na parte de treinamento e ensino e pesquisa.
23	Não lembro o que está escrito na documentação, mas intuitivamente poderia dizer que o objetivo principal é prestar um bom serviço na área da saúde para a população, os usuários, toda a população do estado.
24	É um hospital geral que tem dois objetivos principais: a assistência e o ensino. Não há foco à pesquisa, pois as pesquisas são pulverizadas.
25	O objetivo era ser um hospital de referência em ortopedia. Hoje já desviou um pouco. Mas dentro das especialidades que incorporou, o objetivo é prestar um atendimento de qualidade.
26	A missão primordial seria ser um hospital de excelência em traumato-ortopedia. Ao longo do tempo essa missão foi se estendendo, pois se tornou um hospital geral, atendendo a população em várias áreas. Assim a missão passou a ser atender com excelência, sendo um hospital de referência e de residência médica inclusive.

27	Conseguir atender de fato, com eficiência, dentro daquilo que se propõe, atender os pacientes, cirurgias realizadas, materiais disponibilizados, tanto na parte ambulatorial quanto na parte cirúrgica.
----	---

SECÃO 4: A IMPORTÂNCIA DOS CLIENTES

PERGUNTA 8: Quem são os clientes deste hospital e como gerar valor para eles?

Entrevistados	Respostas
1	Em primeiro lugar: os próprios servidores; em segundo lugar o usuário; e os profissionais do campo de estágio que são capacitados no hospital. São clientela diferentes. A PNH trata do acolhimento dos usuários e funcionários até a satisfação das suas necessidades. Desde a estrutura física favorável para o desenvolvimento das suas atividades; dar condições para que ele trabalhe: médicos, alimentação (no caso do profissional). O cliente usuário precisa encontrar o que é necessário para o reestabelecimento da sua saúde. Quanto ao residente e graduando, deve-se dar condições para que eles aprendam o certo.
2	Servidores, público em geral (encaminhados por alguma unidade básica de saúde para atendimentos de média e alta complexidade - o que nem sempre acontece), pesquisadores de iniciação científica, pesquisadores de pós-graduação, médicos residentes, alunos internos finalistas, estagiários. O SUS deve atendê-los de forma impessoal, da melhor maneira possível, com protocolos de atendimento, para que haja padronização, humanização e se reduza a insatisfação. É necessário um indicador que reflita o nível de atendimento. Deve-se buscar sempre a melhoria contínua dos serviços.
3	Clientes do hospital: São os clientes externos (pacientes referenciados pelo sistema de regulação). Devem ser atendidos com eficiência.
4	Os clientes do hospital são os funcionários, os médicos já formados, os médicos residentes, os alunos da graduação, os alunos internos, os alunos de iniciação científica que são de várias universidades, os pacientes, os acompanhantes e todas as pessoas que por ventura venham precisar de algum serviço prestado pelo hospital. O bom seria se eles encontrassem a resolução dos seus problemas aqui no hospital.
5	O hospital tem uma peculiaridade por ser conhecida como referência de ortopedia na região norte. Então hoje, toda a população vem para cá: média e alta complexidade; e até mesmo a baixa complexidade, o que é um erro e deveria ser sanado. O hospital deveria trabalhar nisso e cumprir o seu real papel, sem distorcê-lo. Isso reduziria as filas e melhoraria a alocação de recursos.
6	O próprio funcionário e o público externo. A fundação deve atendê-los da melhor forma possível, com serviços que realmente funcionem e resolvam os problemas de quem nos procura. E precisamos prestar contas ao público externo, pois eles precisam ver que fazemos o possível para atendê-los com o que temos.
7	Os pacientes que buscam o atendimento via consultas ou cirurgias; os setores que procuram os serviços da logística. Precisamos estar dispostos a gerar serviços de alta qualidade.
8	São aquelas pessoas que vêm para o hospital em busca de atendimento. Quando os pacientes procuram o hospital, precisamos tratá-los com responsabilidade, com critérios, dentro da legalidade, pois ele chega no sistema fragilizado. Por isso precisamos otimizar o atendimento, com sistemas eficientes e pessoas atenciosas.
9	São todos aqueles contemplados pelo SUS, quando falamos do ponto de vista de assistência em saúde. Mas além disso, existem os alunos (graduandos, internos, residentes), os pesquisadores e os funcionários. Todos devem encontrar no hospital o que procuram, seja um ensino ou um serviço de qualidade e boas condições de trabalho, no caso dos colaboradores.
10	O usuário do serviço público de saúde, população de baixa renda. Os clientes do meu setor, são os servidores da fundação, principalmente as enfermeiras. Preciso atender os clientes com rapidez, com presteza, pois os serviços de manutenção não podem falhar principalmente em equipamentos críticos.

11	O nosso foco principal é a ortopedia, mas atualmente atende-se também outros tipos de especialidades. Os clientes da minha gerência são os operados e a assessoria de gestão e planejamento (fornecimento de dados). Eu gero valor pra eles fornecendo dados corretos, transparentes, para que a gente tenha o controle da realização e suspensão das cirurgias.
12	Todos as pessoas do Amazonas que precisem de atendimento principalmente na área cirúrgica e ortopédica. É nosso dever sanar as suas necessidades na medida do possível.
13	O cliente macro é a população que vem ao hospital em busca de ajuda, para os quais precisamos prestar os melhores serviços.
14	São os mais variados possíveis; recebemos do SUS. Devido à crise, algumas pessoas que antes possuíam plano de saúde, agora também recorrem ao SUS, sendo mais questionadores. E nós precisamos atendê-los da mesma forma, de forma humanizada e transparente.
15	São os pacientes, principalmente os que vem marcar consulta, os que dormem esperando. Da minha gerência, os clientes são os servidores. Às vezes é difícil, mas para gerar valor a eles, precisamos agir da forma mais eficiente possível.
16	Todos: médicos, residentes, pacientes; funcionários. Precisamos estar alinhados para prestarmos os melhores serviços a quem procura o hospital. Assim criamos valor a eles.
17	É todo mundo que procura o hospital. Para criar valor é necessário atendermos da melhor forma possível, com transparência e eficiência.
18	Como é um hospital público, temos os pacientes (usuários). Precisamos respeitar nossos clientes com transparência, serviços de excelência e um bom atendimento ao público.
19	Além dos 62 municípios que temos dentro da nossa área, nós atendemos pessoal de outros estados: AP, AC, RR e PA. Nossa clientela é muito diversificada. Por sermos considerados uma unidade de referência, temos uma sobrecarga muito grande dessas pessoas que migram pra cá. Temos que receber bem esses clientes e sanar as suas necessidades dentro da nossa capacidade.
20	Qualquer pessoa que ultrapassa a recepção; os doentes. Falta calor humano para tratar os clientes.
21	Pacientes do SUS, e mesmo possuidores de planos de saúde. Referem-se principalmente à ortopedia. Há também aqueles voltados ao ensino. Precisamos acolhê-los primeiramente e depois tratar suas necessidades.
22	São os pacientes que chegam à nossa porta para serem atendidos pela área assistencial; são os próprios servidores; os médicos residentes; os voluntários; os estagiários; os terceirizados. Nosso dever é ver o que eles procuram, verificar se podemos atendê-los e, se for da nossa alçada, resolver a situação.
23	Os clientes da fundação são das formas mais variadas possíveis. Basicamente são pessoas que utilizam o SUS, muito embora, com a crise econômica, uma parcela da população que perdeu o emprego ou mesmo precisaram abandonar os planos de saúde, passaram a usar o SUS. De outra parte, a fundação é um hospital terciário, especialista em muitas áreas, ortopedia, cardiologia, que são carentes em outros lugares do estado. Para gerarmos valor a eles, devemos de um atendimento humanizado.
24	Três clientelas: alunos, pacientes, servidores. Cada um com necessidades diferentes e, por isso, devem ser tratados de formas diferentes, mas com foco na sua satisfação. Os alunos precisam achar aqui condições de aprendizado; os funcionários precisam ter um bom ambiente de trabalho, com sistemas eficientes que facilitem suas atividades; os pacientes precisam ser curados.
25	São pacientes que recebemos principalmente dos prontos socorros; os clientes cirúrgicos são eletivos, vindos a partir do ambulatório. Precisamos curar suas enfermidades.
26	Os usuários são de Manaus, do interior do Amazonas, dos estados circunvizinhos e dos países que nos rodeiam. Inclusive os usuários que perderam seus planos de saúde. Temos que tratá-los com humanização, ou seja, acolhimento, respeito e atenção em primeiro lugar.
27	São os clientes internos (funcionários) e os externos. Principalmente os internos, pois preciso cuidar deles inicialmente para que eles cuidem dos externos.

PERGUNTA 9: Este hospital utiliza indicadores de desempenho para medir a satisfação dos clientes e a qualidade dos serviços prestados?

Entrevistados	Respostas
1	Desconheço essa informação. Quanto à qualidade dos serviços existe o CCIH (infecção hospitalar), setor responsável por mensurar informações relativas a isso.
2	Acredito que não.
3	Não existem indicadores desses tipos. Existe apenas a ouvidoria. Quanto à qualidade, existem indicadores controlados pela CCIH, tais como: controle de infecções, permanência do paciente internado, tempo de cirurgia.
4	Na biblioteca, há um questionário para verificar a satisfação, que nunca foi colocado em prática. Ou seja, se tem a ferramenta, mas não há a captação das informações. No hospital, alguns setores têm indicadores, como a CCIH. Mas não tenho muita certeza.
5	Não existem, estão sendo montados.
6	Ainda não, mas está em andamento.
7	Não existe.
8	Hoje no hospital existe o setor da ouvidoria, onde o paciente pode fazer alguns relatos sobre reclamações do atendimento. Mas não existem indicadores.
9	Não existe. É um trabalho que está sendo realizado agora pela ouvidoria.
10	No hospital não sei se existe, mas eu sempre peço na solicitação de serviço a avaliação (ruim, regular, bom).
11	Atualmente não existem, mas estão sendo implantados por meio de formulários.
12	Não temos. Há apenas a ouvidoria. Como existem poucas reclamações, acreditamos que a satisfação está em torno dos 70%.
13	O GTIH está voltando a desenvolver esse trabalho.
14	Apesar de todas as nossas dificuldades, fazemos umas pesquisas e temos boas respostas sobre o nosso atendimento. Mas não existe um indicador fora essa pesquisa.
15	A gente tem a ouvidoria, mas não sei se tem indicadores.
16	Ainda não existe, mas está sendo desenvolvido um grupo de humanização que fará pesquisas de satisfação.
17	Se tem, eu desconheço.
18	No hospital temos a ouvidoria. Mas até então não existe.
19	Esse serviço está sendo implantado. Agora que estão fazendo um levantamento de como esse serviço será implantado. Existe também a ouvidoria, que trabalha de certo modo dessa forma.
20	Desconheço.
21	Não
22	Que eu saiba, não.
23	Havia um programa de humanização que procurava incluir essas questões. A pessoa que cuidava disso saiu. Isso é um outro problema do hospital: a transitoriedade das pessoas; que tem formação em determinada área e a partir do momento que elas saem do hospital tudo volta à estaca zero. É uma política muito pessoal ao invés de institucional.
24	Não
25	Até então não existe.
26	Não existe. Mas estamos implantando o GTH (grupo de humanização).
27	Tenta-se fazer uma pesquisa com a ouvidoria e com o GTH que está se formalizando.

PERGUNTA 10: Para o melhor desempenho das atividades hospitalares, são importantes indicadores voltados à satisfação dos clientes e à qualidade dos serviços prestados?

Entrevistados	Respostas
1	Sim.
2	Sim.
3	Sim.
4	Sim.
5	Sim.
6	Sim.
7	Sim.
8	Sim.
9	Sim.
10	Sim.
11	Sim.
12	Sim.
13	Sim.
14	Sim.
15	Sim.
16	Sim.
17	Sim.
18	Sim.
19	Sim.
20	Sim, pois seria importante se a partir da pesquisa você passasse a observar os pontos a melhorar.
21	Sim.
22	Sim.
23	Sim.
24	Sim e deveria ser informatizada.
25	Sim
26	Sim
27	Sim

PERGUNTA 11: Quais indicadores de desempenho relacionados a essa perspectiva (clientes e qualidade dos serviços) são determinantes para a melhoria das atividades desenvolvidas no hospital?

Entrevistados	Respostas
1	Indicadores de opinião, como satisfação dos clientes, se suas necessidades foram atendidas, qual foi a qualidade da interação entre médicos e pacientes (desde que se saiba como divulgar esses dados).
2	Para que se tenha um indicador de qualidade, é necessário saber quais são os processos (fluxos). Não basta verificar se o cliente foi bem atendido; é preciso saber se ele conseguiu ter suas necessidades resolvidas, se ele encontrou o que veio procurar.
3	Presteza e velocidade de atendimento das demandas do departamento; controle e velocidade das filas de espera; necessidades principais das pessoas das filas.
4	Saber se os clientes estão satisfeitos com o atendimento; o que falta no atendimento; que material gostariam que a biblioteca tivesse; se a pesquisa realizada foi útil; o tempo do atendimento; se o bibliotecário conhece o acervo; a eficácia do serviço; as publicações científicas geradas a partir das pesquisas feitas.
5	Satisfação dos clientes; a procedência dos clientes (regulados? Indicação de políticos? Furando a fila? Parente de funcionários?); os tipos de problemas; ex.: mutirão de ressonâncias.

6	Se o cliente foi bem atendido; se ele teve todas as informações necessárias.
7	Satisfação dos clientes, nível de atendimento.
8	Satisfação dos clientes.
9	Faltam indicadores de qualidade para avaliar como esses profissionais voltam à sociedade. Quanto à pesquisa: pesquisas concluídas; pesquisas que geraram publicação científica. Satisfação dos clientes.
10	Tempo de espera; tempo de atendimento.
11	O que os clientes esperam encontrar, a forma que espera ser atendido, e como foram atendidos.
12	Não sei dizer, pois temos pouca mão de obra para tratar desses indicadores. As pessoas já fazem outras atividades e não tem tempo para cuidar de mais uma.
13	Não tenho nenhum indicador em mente.
14	As informações que possuo, atendem as minhas necessidades.
15	Não tenho um específico.
16	Tempo de retorno dos exames pós cirúrgicos; retorno para consultas pós cirurgias.
17	Não sei informar.
18	Satisfação, qualidade do atendimento.
19	Satisfação dos clientes
20	Tempo a procura de atendimento; locais procurados para atendimento.
21	É difícil pensar em algum indicador.
22	Qualidade do atendimento; satisfação; se os processos são atendidos em tempo hábil.
23	Satisfação dos clientes
24	Tempo de atendimento
25	Recepção; qualidade das informações; agendamento de consultas pelo SISREG.
26	Tempo entre as consultas; tempo de espera para a consulta; qualidade do atendimento.
27	Mapear os clientes do hospital: de onde vieram; como chegaram; onde estiveram e não foram atendidos.

SEÇÃO 5: RECURSOS DISPONÍVEIS E ORÇAMENTOS

PERGUNTA 12: O (A) Sr. (a) acredita na possibilidade de melhorar o trabalho realizado neste hospital sem adicionar custos?

Entrevistados	Respostas
1	Sim, principalmente o que é desenvolvido pela enfermagem. Se fossem colocados em prática todos os procedimentos operacionais padrões, poderia ser mensurado quanto custa cada procedimento e trabalhar para a melhor utilização desses recursos (otimização).
2	Com certeza. Por exemplo, na área de compras não existe planejamento principalmente quanto a próteses e órteses, o que faz com que as compras sejam feitas em regime de urgência e a um valor elevado. Isso compromete o orçamento do hospital. Além disso, verificar se todos os contratos, todos os terceirizados são necessários para o atendimento do hospital.
3	Eu não acredito que seja possível. No momento atual, nós não temos mais onde enxugar. A verdade é essa: para que a gente possa melhorar a nossa questão de prestação de serviços, nós precisamos sim de um reforço orçamentário, porque não dá pra continuar dessa forma.
4	Sim, é só ter boa vontade e ter uma visão voltada à pesquisa (produção acadêmica, produção científica).
5	Sim. Num serviço desorganizado, não adianta você injetar mais dinheiro, pois você estará jogando dinheiro pelo ralo. Se o SUS fosse organizado do jeito que é pra ser, seria provado que com o mesmo financiamento atual, se dobraria a capacidade de atendimento. Eu acredito que organizando, a gente conseguiria melhorar os atendimentos sem aumentar custos.

6	Sim. O gestor precisa saber onde economizar, onde existem desperdícios. Isso fará diferença no orçamento.
7	Não, pois a demanda aumenta e os preços dos materiais também aumentam gradativamente.
8	Quando a gente quer qualidade, na nossa área de atuação, isso é proporcional a custos. Podemos melhorar sem adicionar custos, mas isso é difícil.
9	Não, pois sempre vai haver um determinado custo atrelado. Para pesquisas de ponta e geração de produtos, são necessários novos custeios.
10	Sim. Podemos trabalhar com a manutenção preventiva e mesmo com o bom senso e a educação das pessoas.
11	Difícil, mas acredito que seja possível.
12	Não, pois hoje já trabalhamos no limite.
13	Não, pois precisamos de melhorias no orçamento. Exemplo: falta de local para alocação de prontuários. A digitalização otimizaria o local e as atividades das pessoas.
14	Não, pois o nosso custo é muito alto já que a nossa demanda é maior do que podemos atender.
15	Não, pois já estamos há algum tempo trabalhando com poucos recursos.
16	Sim, pois vejo a condição do funcionário se dispor, não se limitar.
17	Acho difícil, mas talvez possa.
18	É possível, cortando custos, cortando excesso.
19	Eu acho que a custo zero não, acho que tem um custo mínimo, outros com um custo maior.
20	Sim, pois existem contratos que recebem melhorias sem adicionar valores.
21	Sim, é a questão do planejamento. Se não tivéssemos essa demanda toda reprimida sobre a instituição, seria bem melhor.
22	Não, pois todas as atividades demandam custos cada vez mais.
23	É muito difícil, em medicina é impossível. Precisa de um aporte de recursos para isso e ter uma ideia clara das necessidades do hospital e onde isso deveria ser aplicado.
24	Sim, otimizando os recursos.
25	É possível sim. Se melhorarmos a qualificação, teremos melhorias lá no futuro.
26	Se você melhorar os processos e enxugar aquilo que você não enxergava antes, você começa a ver que consegue sobreviver sem algumas coisas. É preciso otimizar os recursos. Então, eu acho que você consegue sim, mesmo que você tenha uma redução nos recursos, você consegue encontrar soluções criativas e consegue encontrar mecanismos até de reduzir seus custos.
27	Não. Tudo demandaria um aumento de custos.

PERGUNTA 13: Existem indicadores de desempenho neste hospital que monitoram os custos, a utilização eficiente dos recursos e a melhoria na arrecadação?

Entrevistados	Respostas
1	Não sei informar. Até porque o valor destinado à fundação é fixo (mensal), não conforme a produção.
2	Na fundação sim (diretoria financeira). No DEP não existe, mas quando se formalizarem parcerias com outras instituições (projetos de melhorias) será mensurada a arrecadação de recursos por esses projetos.
3	Eu desconheço.
4	Sim, mas não na minha área.
5	Não sei dizer, talvez exista.
6	No hospital como um todo, desconheço. Mas no meu setor, sei o valor dos exames.
7	Não é do meu conhecimento, pois é da alçada da diretoria financeira.
8	Não conheço. Isso fica por conta da diretoria administrativo financeira.
9	No departamento de ensino e pesquisa não existe, pois o orçamento não é destinado para a diretoria. Mas existe no hospital.

10	Na fundação fica a critério da diretoria administrativo financeira. Desconheço esses indicadores.
11	Desconheço, creio que estão na diretoria financeira
12	Existe no setor financeiro. Estou sempre em contato com os colegas desse setor. Quando preciso de alguma informação, tenho acesso.
13	Existe na diretoria financeira
14	Não conheço, mas sei que existem.
15	Sim, na diretoria de administrativo financeira.
16	Existem no setor financeiro.
17	No hospital existe, mas não no meu setor.
18	Sim, mas quem cuida é o departamento financeiro. Aqui fazemos só a execução.
19	Existe na diretoria financeira.
20	Sim, mas a nível de diretoria.
21	Existem, mais não no meu setor
22	Existem nos setores competentes (setores financeiros).
23	Não conheço.
24	Sim, mas não no meu setor.
25	Existem, mas não na minha gerência. Mas se eu precisar de acesso, consigo.
26	Sim, na diretoria administrativo financeira.
27	Sim, por exemplo: a execução orçamentária, o faturamento do hospital, o investimento em equipamentos.

PERGUNTA 14: Indicadores desse tipo são fundamentais para a instituição?

Entrevistados	Respostas
1	Sim
2	Sim
3	Sim
4	Sim
5	Sim
6	Sim
7	Sim
8	Sim
9	Sim
10	Sim
11	Sim
12	Sim
13	Sim
14	Sim
15	Sim
16	Sim
17	Sim
18	Sim
19	Sim
20	Sim
21	Sim
22	Sim
23	Sim
24	Sim
25	Sim
26	Sim
27	Sim

PERGUNTA 15: Na sua opinião, quais indicadores de desempenho relacionados a orçamento e custos são indispensáveis para o seu processo de tomada de decisão?

Entrevistados	Respostas
1	"Quanto estou pagando pelos pacientes que ficam sob responsabilidade da residência médica": tempo de internação da clínica médica; custo dos medicamentos utilizados (residentes). Até porque os residentes se preocupam com a prestação de serviços, não com o custo disso.
2	Custo do residente, de quanto eles gastam para realizar suas atividades (para pleitear a vinda de recursos do governo federal).
3	Eu gostaria muito de uma gestão mais participativa na execução do orçamento; de ver o que eu tenho, o que não tenho, pois sou demandado de muitas formas. Por exemplo: quando preciso fazer compras para a manutenção, não tenho condições de fazê-las, pois não são autorizadas. Portanto, gostaria de que o nosso orçamento interno pudesse ser repartido entre as áreas e eu fazer a gestão das minhas prioridades (de baixo para cima, não de cima para baixo).
4	O conhecimento do valor disponível (orçamento), menor que fosse, para realizar as atividades da biblioteca.
5	Qual o recurso disponível ao hospital; disponível ao departamento; gasto total hoje da unidade; o gasto com RH (próprio e fornecido pela secretaria), gasto com medicamentos; gasto com químico cirúrgico; gasto com cooperativas médicas (hoje fica sob controle da secretaria, mas sai do bolso do hospital).
6	Não sei dizer.
7	Gastos feitos, valores empenhados.
8	Gastos com exames.
9	Buscar recursos além dos que já são destinados à assistência. Destinar esses recursos ao ensino e à pesquisa.
10	Recurso disponível para a manutenção.
11	Não preciso para as minhas atividades.
12	Os indicadores existentes são suficientes.
13	Seria interessante saber quanto foi o seu fluxo financeiro, qual o valor disponibilizado às gerências, para que não fiquemos no escuro quanto à essas informações.
14	Não sei informar, pois não cabem à minha alçada.
15	Saber a verba destinada à informática.
16	Não preciso de indicador financeiro/orçamentário. Quando preciso disso, recorro à diretoria financeira.
17	Não preciso desses indicadores para tomar decisões.
18	Não preciso desses indicadores para tomar decisões.
19	Não sei precisar. Acho que a quantidade utilizada de um recurso, não o seu valor monetário.
20	Não preciso na minha área.
21	Gastos do departamento, gerência.
22	Não são necessários para a minha tomada de decisão.
23	Na minha área não temos nenhuma autonomia financeira. Mas cada área poderia conhecer os recursos disponíveis. Às vezes a demanda é reprimida por falta de conhecimento. Deveria ter uma captação própria de recursos.
24	Não preciso para as minhas atividades.
25	Não é necessário para a minha rotina.
26	Nós temos a semelhança entre unidade pública e privada do custo dos pacientes; quanto foi gasto e quanto o sistema único de saúde paga daquilo que foi gasto.
27	Os que existem já me ajudam, porém acho que os indicadores deveriam ser monitorados com maior periodicidade, diariamente, semanalmente. Eu preciso das informações antes do problema já estar formado, para que possa tomar uma decisão que possa resolvê-lo. Não posso enxergar esses números apenas no final do ano.

SEÇÃO 6: PROCESSOS QUE GERAM VALOR

PERGUNTA 16: Na sua opinião, para satisfazer os clientes, em quais processos internos este hospital deve se sobressair?

Entrevistados	Respostas
1	O processo de ingresso de residentes; o processo de admissão dos usuários no serviço para atendimento no ambulatório, serviços de imagem e cirurgias, a regulação do sistema.
2	Acredito que é necessário primeiramente mapear o fluxo dos processos internos para só então definir aqueles críticos, os gargalos, os pontos de cruzamento entre os setores. Daí poder tornar os processos mais enxutos.
3	Os principais processos internos são aqueles voltados ao atendimento aos clientes. Dentro do setor de administração, os processos fluem de maneira "redonda".
4	O atendimento ao usuário, porque trabalhamos com pessoas; priorização de cirurgias urgentes; redução de filas.
5	Processo de controle e administração das filas de cirurgia de todas as especialidades; aquisição de materiais para a cirurgia, principalmente ortopédica.
6	Processo de comunicação interna.
7	Compra de material cirúrgico, pois às vezes não tem em Manaus, a entrega é demorada, existe a má programação de materiais para cirurgia, há solicitações do ministério público, existem materiais de alto valor (extra sus).
8	Filas para cirurgias.
9	Conseguir adequar o ensino e a pesquisa à assistência médica. Formar recursos humanos qualificados e que gerem pesquisas de ponta.
10	Atendimento ao público no serviço médico hospitalar, ou seja, no ambulatório.
11	A regulação, o agendamento.
12	Cirurgias; Manutenção dos centros cirúrgicos; Disponibilidade de Materiais.
13	Atendimento ao público; sistema de agendamento SISREG; demanda de consultas; filas.
14	Processos cirúrgicos, laboratórios, exames de imagem.
15	É muito importante o setor de imagem, que tem equipamentos bons e poderia ser referência no hospital.
16	Comunicação interna, atendimento ao público.
17	Parte cirúrgica. Deve haver indicadores, mas em outra gerência.
18	Atendimento no ambulatório; internação.
19	Atendimento ao público.
20	Atendimento ao público.
21	Todas as atividades têm o objetivo de satisfazer os clientes, de não deixar furo. Cirurgia ortopédica; marcação de cirurgias sem material.
22	Ambulatório; cirurgias; entendimento das demandas.
23	Não chega a ser um processo, mas é a questão da autonomia de gestão, pois o gestor sem recursos próprios, sem uma capacidade própria de decisão, se sente limitado na sua atuação. E também por força da judicialização da medicina (decisões judiciais que determinam como você deve utilizar aquele recurso que já é escasso).
24	Relacionamento interpessoal que atrapalha a comunicação interna.
25	Protocolos de segurança.
26	O processo crítico é quando você precisa adquirir qualquer insumo, seja ele medicamento, produto pra saúde e equipamento. A lei 8666 é muito boa para a administração geral, mas para a saúde, limita muito. O paciente que precisa de equipamento, medicamento, não tem tempo para esperar. São muitos passos até a concretização do que precisamos. Indicadores: Suspensão de cirurgias
27	Disponibilidade de materiais (processo licitatório) para cirurgia; Ortopedia.

PERGUNTA 17: E quanto à sua diretoria/departamento/gerência, quais os principais processos internos que geram impacto na satisfação dos clientes? Existem indicadores para esses processos?

Entrevistados	Respostas
1	Departamento de ensino e pós-graduação: O acolhimento dos residentes; as informações do regimento interno: responsabilidades dos residentes, dos preceptores, dos professores; supervisionar a educação permanente; o estágio obrigatório; parcerias entre instituições. Os indicadores que temos são: Número de residentes que entram; nº de residentes que formam; nº de leitos por residente; consultas ambulatoriais por residente; número de cirurgias por especialidade cirúrgica dos residentes; número de estágios por especialidade.
2	Gerência técnico-pedagógica: A gestão acadêmica do programa de residência médica, pois precisa de investimentos em sistemas de informação. Os estágios obrigatórios e os internatos também são processos internos fundamentais para o atendimento da missão organizacional. O acompanhamento dos PAICs e pesquisadores também é importante. Os indicadores que existem são bem elementares: nº de residentes médicos inscritos, por exemplo. Esse número não muda de janeiro a dezembro. É preciso dar robustez a essas informações. É preciso mostrar para a sociedade o que esses residentes estão produzindo (cirurgia, clínica médica, pesquisa).
3	Departamento de administração: todas as atividades geram impactos sobre os clientes; exemplo: processo de transporte; processo de compra (principalmente de órtese e prótese); reposição de materiais (almoxarifado e farmácia); TI (prontuário eletrônico, sistema de agendamento eletrônico, sistema de almox, sistema financeiro integrado do estado, sistema e-compras, sistema de gerenciamento de estoques). Para esses processos não existem indicadores de desempenho.
4	Principal processo: atendimento aos clientes. Indicadores que existem: pesquisas realizadas; pessoas que foram à biblioteca; quantidade de empréstimos; renovações; tipos de pesquisas.
5	Não sei informar ao certo isso hoje, mas creio que seja o processo de regulação. Ainda não existem indicadores de desempenho para isso. Mas sei que existem outros indicadores para outros processos: taxa de mortalidade, taxa de infecção hospitalar, taxa de ocupação de leitos, média de permanência (clínica médica e leitos cirúrgicos), taxa de ocupação de leitos de uti; infecção por cateter venoso central, taxa de suspensão de cirurgias (indicadores da contratualização).
6	Comunicação também. Não existe indicadores sobre comunicação. Existe uma estatística de quanto foi feito (produtividade) pelo setor (exames); estatística de meio ambiente (uso de copos plásticos). Eu acho que não existem indicadores sobre internações ainda.
7	Compra de material cirúrgico.
8	Existem indicadores quantitativos que são apresentados todos os meses para o departamento administrativo financeiro, para o setor de finanças, para o SAME, com a estatística de exames (quantitativo atendido na clínica médica, na cirúrgica, na ortopédica, na uti, etc). E só são atendidos pacientes com cartão do SUS.
9	Realização de pesquisas de alto impacto. Existem indicadores quantitativos de bolsistas de iniciação; frequência de capacitação; pesquisas geradas; produção dos servidores em pesquisa; produtividade de médicos ligados aos programas de residência.
10	Manter o setor abastecido, atender os chamados, especializar os técnicos. Tenho os principais serviços realizados e setores atendidos.
11	Solicitação de informações do centro cirúrgico sobre a realização de cirurgias. Indicadores: taxa de realização e taxa de suspensão de cirurgias
12	Os mesmos citados anteriormente. Existem os indicadores de suspensão de cirurgia (falta de material; esterilizações incorretas); cirurgias programadas/realizadas; quantidade de pacientes bem-sucedidos na enfermaria; complicações cirúrgicas.

13	Prontuários de internação. Temos apenas indicadores quantitativos (prontuários abertos, prontuários enviados ao faturamento, divisão por clínicas) trabalhados mensalmente
14	São os mesmos processos citados anteriormente. Existem indicadores quantitativos que ficam por conta do SAME.
15	Contrato com fornecedores de internet, das impressoras, do sistema de senhas; Fornecimento de internet e manutenção da rede do hospital. A princípio temos apenas um livro de ocorrência, que nem sempre preenchemos. Não temos indicadores
16	Atendimento ao público; abertura de prontuários; marcação de consultas (pré-operatórios) principalmente bariátricos; fila de espera.
17	Faturamento dos procedimentos realizados. Eu só tenho o quantitativo do que foi realizado.
18	Empenho, pagamento; os indicadores são feitos no final do ano, sobre os empenhos realizados. Não conseguimos fazer mensal pois dá muito trabalho.
19	Atendimento ao público, mas não temos indicadores de desempenho.
20	Todas as atividades têm o mesmo nível de importância. Os controles que temos são sobre as renovações de contrato, o tempo que falta para renovar o contrato e não perdê-lo.
21	Cirurgias e seleção de materiais para cirurgia
22	Todas as atividades têm a mesma importância, pois são de certa forma dependentes. Estamos tentando implantar indicadores, mas ainda não temos.
23	Exames pré-operatórios; Estudo de materiais extraídos em cirurgias (biópsias). Não existem indicadores.
24	Até que os processos são bem desenvolvidos, o problema é o relacionamento interpessoal. Principais processos: captação de recursos e pesquisas de iniciação científica. Existem relatórios quantitativos (quantidade de pesquisas, tipos de pesquisas) que o departamento emite. Existe a quantidade captada também.
25	Cirurgia segura. Temos índices de infecção, lesões, feridas, quedas); leitos.
26	Pergunta não aplicável a esse gestor.
27	Todos têm a mesma importância. Não temos indicadores. Temos apenas o acompanhamento por meio do sistema de compras.

PERGUNTA 18: Para o (a) Sr. (a) é fundamental a existência de indicadores de desempenho para controlar esses processos internos?

Entrevistados	Respostas
1	Sim
2	Sim
3	Sim
4	Sim
5	Sim
6	Sim
7	Sim
8	Sim
9	Sim
10	Sim
11	Sim
12	Sim
13	Sim
14	Sim
15	Sim
16	Sim
17	Sim
18	Sim
19	Sim

20	Sim
21	Formalmente, não.
22	Sim
23	Sim
24	Sim
25	Sim
26	Sim
27	Sim

PERGUNTA 19: Na sua opinião, quais indicadores de desempenho relacionados aos principais processos internos da sua diretoria/departamento/gerência são indispensáveis para sua tomada de decisão, além dos que já existem?

Entrevistados	Respostas
1	Esses que foram mencionados são importantes, pois é possível observar a produção quantitativa. Mas são necessários indicadores qualitativos. Além desses, são importantes: produção técnico-científica dos residentes; sessões clínicas (estudos de caso dos pacientes); e outra da portaria da contratualização.
2	Residentes que contribuem para a pesquisa; Comparação entre o programa de residência médica do hospital com outros programas de outros lugares (como ENADE); a produção dos médicos residentes (quantos ambulatórios estão atendendo, de quantas cirurgias participaram, quantas enfermarias atenderam). Quanto à pesquisa, verificar uma forma de fomentar e fortalecer as pesquisas realizadas no hospital, dar maior abertura a pesquisas externas.
3	Por exemplo: existem processos de compras que depois de alguns meses os mesmos não são empenhados e perdem a validade das propostas, pois os setores que solicitaram a compra não deram o devido acompanhamento/importância. Começar a mapear os processos que são iniciados, mas não são finalizados; mapear aqueles processos de compras que são realmente necessários; como foi a execução do transporte de pacientes; como foi o atendimento da equipe de manutenção (como foi feito, tempo de atendimento, qualidade de atendimento); atendimentos solicitados/atendidos.
4	Não sei dizer um indicador, mas é necessária a melhoria dos sistemas de informação, acesso a periódicos na internet, acesso à internet.
5	Os citados anteriormente são suficientes.
6	Número de internações realizadas (total e por tipos)
7	Materiais solicitados erroneamente para cirurgia; Especificação de materiais; compras erradas (cirúrgicas e materiais de expediente); devoluções; estornos; trocas.
8	Os indicadores quantitativos são suficientes.
9	Indicador que mensure a qualidade do programa (da formação dos residentes); que mensure a qualidade do graduado; do pesquisador de iniciação; do impacto das pesquisas realizadas.
10	Processos concluídos efetivamente/processos abertos
11	Nenhum. Os que existem já são suficientes.
12	Até agora os indicadores que existem são suficientes.
13	Os que existem me satisfazem.
14	Os quantitativos já são suficientes.
15	Sistema de Chamados; tempo de atendimento; tempo de espera.
16	Controle de desistências de consultas; Fila de espera.
17	Não vejo nenhum que venha a ser agregado.
18	Não tenho nenhum a acrescentar.
19	Número de desistência de consultas.
20	Não sei dizer, pois tudo ocorre bem.
21	Como disse, não preciso de um formal.

22	Controle quantitativo de demandas, pessoas que tiram férias, para melhorar o planejamento.
23	No meu caso, a análise é totalmente qualitativa. Não imagino um indicador. Não sei informar.
24	Quanto ao relacionamento interpessoal, não sei nenhum indicador.
25	Falar de indicadores é tudo muito novo pra gente. Não saberia falar um agora.
26	Cirurgias suspensas.
27	Processos parados para materiais de cirurgia ortopédica: SUS; Extra SUS; processos de tratamento fora de domicílio.

SEÇÃO 7: APREDIZADO E CRESCIMENTO

PERGUNTA 20: Este hospital promove o aprendizado e o crescimento dos funcionários (inclusive das lideranças), o desenvolvimento dos sistemas de informação e da cultura organizacional?

Entrevistados	Respostas
1	Existem atividades de educação permanente: existe uma programação dos setores com atividades de jornadas, palestras, especialização para os servidores e público externo. Existe também algumas palestras de gestão dadas aos servidores. Mas a maioria das capacitações são na área da enfermagem. Quanto aos sistemas de informação, existe o setor de TI, que é o responsável. Alguns treinamentos são voltados a liderança também, mas são poucos. Ainda não consegui visualizar os aspectos da cultura organizacional, então não sei opinar sobre isso.
2	Existem atividades de capacitação e treinamento dos servidores e lideranças (prestado pela assessoria de gestão); e a própria capacitação dos residentes, internato e estágio. Antes, porém, de fornecer os treinamentos, é necessário entender as atribuições e pré-requisitos de cada função. Então, encaixar a programação de treinamento anual. Acho que a cultura da organização não é bem difundida, até porque nem a missão as pessoas conhecem direito. Existem serviços de TI, mas é necessário algum tipo de investimento em sistemas de informação voltados ao arquivamento de documentos dos programas de residência médica.
3	Temos uma gerência responsável pela gestão de treinamento dos funcionários, que é dentro da gerência de recursos humanos. Deveria haver treinamentos voltados às lideranças, pois muitos gestores do hospital não sabem nada sobre gestão, o que prejudica a nossa rotina. Quanto ao desenvolvimento de sistemas de informação, existe o setor de TI, responsável pelo prontuário eletrônico, sistema de agendamento eletrônico, sistema de almox, sistema financeiro integrado do estado, sistema e-compras, sistema de gerenciamento de estoques. Falando de cultura organizacional, deveria ser melhor comunicada, pois não temos muita noção disso.
4	Existem muitos treinamentos voltados aos servidores, principalmente de enfermagem, mas poderiam existir alguns sobre outras áreas do conhecimento. No departamento de pesquisa existe a jornada científica. Os gestores do hospital não conhecem direito a sua rotina, muitos não são treinados para isso, não conseguem nem trabalhar em equipe. A cultura organizacional é outra coisa que deveria ser repensada e repassada para os servidores, pois não há uma padronização sobre o que cada um acha disso. Os sistemas de informação são precários na biblioteca; não tem internet; nem acesso a periódicos (Sistemas online de pesquisa). Tem um setor de CPD, mas temos muitas carências.
5	Não sei, ainda não pude verificar.

6	<p>Treinamentos existem para servidores. Quanto aos gestores, somos pouco treinados, aprendemos nossas funções na rotina. Sistemas de informação fica por conta do setor de TI. Não sei falar sobre atividades de cultura organizacional.</p>
7	<p>Existem atividades de treinamento para os funcionários e gestores que são fornecidas pelo setor de planejamento, pela diretoria de ensino e pesquisa e pela secretaria de administração. A questão é que nem sempre nós gestores temos tempo de participar desses treinamentos, pois a rotina é muito corrida. Os sistemas de informação quem administra é o TI. Desconheço atividades voltadas à cultura organizacional.</p>
8	<p>Cada vez que muda um equipamento, é feito um treinamento básico, uma capacitação com os servidores, uma reciclagem para que possam operar o equipamento. O trabalho em equipe conta muito nesse momento, pois trabalhamos em escala. Minha equipe consegue se alinhar e realizar os treinamentos. No ambulatório existe um sistema de dispensação de senhas eletrônicas que melhoram o atendimento, reduzem as filas, otimizam o atendimento, facilitam a rotina. Quanto à liderança e à cultura organizacional, desconheço atividades desse tipo. Acho que a apresentação da missão do hospital por meio de quadros ajudaria a difundir essa cultura.</p>
9	<p>A assessoria de gestão é a responsável pelo desenvolvimento dos cursos. Nós agimos como facilitadores para a participação dos funcionários. Alguns treinamentos são para as lideranças, como o de planejamento estratégico que houve outro dia. Sistemas de informação temos algumas necessidades no hospital, mas ficam a cargo do setor de informática. Acho que a cultura organizacional deveria ter mais a nossa atenção.</p>
10	<p>O RH informa os servidores sobre os cursos e conseguimos alguns estágios para os servidores também. A SEAD também disponibiliza cursos para os servidores. Os gestores também podem participar. Em relação ao desenvolvimento de sistemas de informação fica mais por conta do setor de TI. Acho que a cultura do hospital nós percebemos no dia a dia, mas não vejo atividades para reforçar isso.</p>
11	<p>Existem várias palestras e cursos para os servidores em geral e com mais raridade para os gestores, mas existem. Os demais, desconheço.</p>
12	<p>Existem treinamentos para os funcionários e para as lideranças que quiserem participar. Só para as lideranças, desconheço. Nós temos os departamentos que são responsáveis. Fazem palestras, trabalhos, cursos para os funcionários. O setor de TI é o responsável pelos sistemas de informação. Agora, a cultura da organização não é clara, se confunde, pois nem a missão é tão evidente assim, devido o hospital ter assumido algumas características com o passar do tempo.</p>
13	<p>Existe a prestação de treinamentos e cursos aos funcionários. O que precisa é motivá-los a participar, pois muitos não fazem questão, estão acomodados. Desde que estou aqui, vi poucos treinamentos voltados para os gestores, lideranças. Existem às vezes, mas são raros. Quanto ao TI, temos um setor de informática, mas é necessário de sistemas de informação, pois trabalhamos com muitos prontuários. Não temos espaço físico, por isso o desenvolvimento de sistemas seria ótimo. A cultura organizacional depende de cada um de nós.</p>
14	<p>Existe o setor de gestão que cuida do treinamento dos funcionários. Treinamentos específicos para as lideranças, acho que não. Informática não sei, pois tem um setor que cuida disso. Cultura também não sei.</p>
15	<p>Treinamento: Contamos com o calendário da SEAD; vemos sempre no auditório algumas palestras sobre áreas médicas; mas sobre a área de informática não tem. Liderança: Não sei se existem treinamentos. Na realidade acho que não, nunca participei nem fiquei sabendo.</p>

	<p>TI: manutenção do servidor, desenvolvimento de sistemas; manutenção de equipamentos (ponto, catracas, chamados). Sobre cultura, não sei nem falar.</p>
16	<p>Sim, existem vários cursos dentro do hospital, mas a maioria voltados aos servidores de enfermagem, às áreas da saúde. Para desenvolver as lideranças e a cultura organizacional, não vejo. E sistemas de informação desconheço.</p>
17	<p>Sim, temos um setor que cuida dos cursos. Alguns cursos são realizados aqui e outros fora. Alguns são voltados para as lideranças. Sobre sistemas de informação eu não tenho conhecimento. Acho que a cultura está em toda a parte, mas atividades voltadas a isso, não sei, acho que não tem.</p>
18	<p>Sim, existe uma gerência de capacitação que informa os cursos. Mas para a minha gerência só existem treinamentos externos e são muito poucos. Carece de mais treinamentos. Treinamentos para as lideranças, não existem. A não ser que procurem fora também. Não sei falar sobre sistemas de informação. A cultura da organização acho que é o que cada um percebe.</p>
19	<p>Nós usamos alguns sistemas para marcação de consulta, regulação do sistema. Mas quem cuida disso é o CPD. Em relação à capacitação dos funcionários e dos gestores, existem algumas atividades sim. O problema é a resistência dos funcionários, principalmente da terceira idade. Acho que a promoção da cultura organizacional é aos poucos, na rotina. Alguns valores já mudaram, como o favoritismo no atendimento de algumas pessoas que eram indicadas por funcionários e médicos. Isso era uma cultura, hoje está diferente.</p>
20	<p>Treinamentos existem (para gestores e demais funcionários). O TCE libera a relação de cursos, ou a SEAD. O problema é que geralmente é no horário do trabalho. Aqui no hospital sempre fazem muitas palestras. Cultura organizacional é algo difícil, pois não está clara para nós. A cultura do hospital não é difundida, ao meu ver. Sobre os sistemas de informação, os que existem, que uso no meu setor, me satisfazem.</p>
21	<p>Existem treinamentos, mas são eventuais e até repetitivos, sem novidades. Até para lideranças, pois há falta de motivação dos próprios gestores. A cultura do hospital é confusa, até mesmo porque, como citei na pergunta sobre missão, não temos uma missão clara, bem definida, pois temos muitas atribuições como hospital que antes não tínhamos e há também as ingerências políticas. Sobre sistemas de informação sei que existem alguns, mas não sei se existem outros que o hospital desenvolve.</p>
22	<p>Sim, os cursos são divulgados pelo planejamento, pela SEAD, pelo Tribunal de Contas, tanto para funcionários quanto para as lideranças, os gestores. Os sistemas precisam estar funcionando para que eu execute as atividades do meu setor. Atualmente todos os contratos relativos aos sistemas estão funcionando. Atividades para promover a cultura organizacional, desconheço.</p>
23	<p>A instituição sempre teve parceria com outras instituições e esses cursos de capacitação dos funcionários e gestores sempre são feitos por meio de parcerias. Os sistemas de informação não tenho muito contato. Não sei se existe algo voltado à cultura organizacional. Os hospitais de ponta costumam ter uma preocupação grande voltada a essas questões: treinamentos, intranet.</p>
24	<p>Os dados de atendimento deveriam ser informatizados (tempo da consulta, por exemplo). Precisamos de um sistema que atrele assistência a ensino e pesquisa. E precisamos que os médicos (das cooperativas principalmente) ajudem a registrar os dados para que tenhamos melhores informações. Os gestores são despreparados para se planejarem, para pensar no crescimento institucional da organização. Nem a cultura da organização, conhecemos, apenas "achamos". Existem capacitações realizadas fora e dentro da instituição.</p>

25	<p>A gente tem trabalho que faz junto com a enfermagem; temos um núcleo de formação permanente; fazemos cursos voltados às necessidades; e isso gera relatórios sobre a frequência e a participação dos funcionários nesses cursos. Na enfermagem também fazemos treinamentos in loco. Os gestores participam dos treinamentos sempre que podem, mas não sei se existem treinamentos voltados exclusivamente para os gestores do hospital.</p> <p>Conseguimos a sistematização da enfermagem (no qual o enfermeiro faz sua avaliação física diária e prescrições). Existem sistemas, mas precisamos treinar nossos funcionários.</p> <p>A respeito da cultura aqui do hospital, acho que pode ser vista nas nossas atividades, mas não conheço atividades sobre isso.</p>
26	<p>Se você investe em tecnologia, reduz custos. Acho que deveria ter um sistema que controle os custos de cada paciente. O programa permite o monitoramento desde a entrada até a saída do paciente.</p> <p>Existem atividades de capacitação (treinamentos, cursos) dos funcionários, da educação permanente, dos gestores. Algumas pessoas vêm até mesmo de outras unidades para fazer treinamentos aqui. Além disso a SEAD também disponibiliza.</p> <p>Quando falamos de cultura organizacional, precisamos ver o que acontece na nossa rotina, como nos comportamos, quais os nossos hábitos e valores e como os compartilhamos. Quando fazemos isso de certo modo padronizado, é porque temos uma base sobre nossa cultura. Mas aqui ainda estamos muito distantes dessa realidade.</p>
27	<p>Sim, existem atividades de capacitação feitas pela secretaria de administração e sempre que possível fazemos eventos no auditório para lideranças e outros funcionários principalmente.</p> <p>Os sistemas de informação atendem nossas necessidades.</p> <p>A cultura organizacional deveria ser mais evidente e, de certo modo, precisa de divulgação, de fortalecimento nas nossas atitudes do dia a dia.</p>

PERGUNTA 21: Existem indicadores que mensuram o aprendizado e o crescimento dos funcionários, o desenvolvimento dos sistemas de informação e da cultura organizacional?

Entrevistados	Respostas
1	Não
2	Não
3	Sim, existem indicadores sobre os treinamentos. É feito pela assessoria de planejamento. Há o controle de quem participou; quais áreas foram envolvidas; quais foram os treinamentos; qualidade dos instrutores.
4	Sim, sobre o aprendizado dos funcionários na assessoria de gestão.
5	Não sei informar.
6	Não existe.
7	Não sei se existe no hospital. No meu setor não existe.
8	Neste setor eu controlo os funcionários que fizeram os treinamentos necessários. Só isso. Sobre os demais não sei informar.
9	Existem indicadores quantitativos sobre a capacitação dos servidores, daqueles que participaram de cada curso.
10	Não temos
11	Existe o controle dos dados quantitativos feito pela assessoria de planejamento (carga horária, participantes...)
12	Existem, mas não na minha diretoria.
13	Existe o controle de quantitativo de participantes.
14	Existe no hospital, no setor de gestão, mas não no meu setor.
15	Não sei
16	Não sei, acredito que o hospital deve ter na diretoria de ensino.
17	Não sei informar.
18	Não.

19	Não é do meu conhecimento.
20	Não existe.
21	Não
22	Tenho informações arquivadas sobre os treinamentos dos funcionários, mas não indicadores. Quanto aos sistemas de informação, desconheço.
23	Não conheço
24	Não existem indicadores
25	Temos um relatório de quantitativo de cursos e da frequência.
26	Acho que deve ter, pelo menos sobre treinamento.
27	Existe um controle sobre o número de participantes das capacitações, porém é geral.

PERGUNTA 22: Indicadores desse tipo são importantes para essa instituição?

Entrevistados	Respostas
1	Sim
2	Sim
3	Sim
4	Sim
5	Sim
6	Sim
7	Sim
8	Sim
9	Sim
10	Sim
11	Sim
12	Sim
13	Sim
14	Sim
15	Sim
16	Sim
17	Sim
18	Sim, no RH.
19	Sim
20	Sim
21	Sim
22	Sim
23	Sim
24	Sim
25	Sim
26	Sim
27	Sim

PERGUNTA 23: Na sua opinião, quais indicadores de desempenho relacionados aos ativos intangíveis são essenciais para o seu processo de tomada de decisão?

Entrevistados	Respostas
1	Mensurar a capacitação dos servidores (quais habilidades possuem, de quais treinamentos participaram, que equipamentos podem operar; que treinamentos podem ministrar); mensurar a qualidade dos treinamentos.
2	Não se deve mensurar apenas a quantidade de cursos realizados. Deve-se mensurar a efetividade do treinamento (o pós-treinamento), verificando se aquele treinamento levou a alguma melhoria, contribuição, inovação no serviço prestado pelo servidor. Seria também interessante o número de horas/aula por setor e servidor.

3	Quanto à qualificação, é necessário acompanhar o aperfeiçoamento contínuo dos funcionários, para que eles não se acomodem. É preciso verificar se eles estão inteirados com a atualização das suas áreas. É preciso também verificar a qualidade pós-treinamento, ou seja, as melhorias geradas pelo treinamento, como os funcionários se comportaram após serem treinados, o que influenciaram. É necessário treinamento de gestão para os gestores, pois muitos são especialistas em suas áreas, mas não em gestão.
4	Controle dos treinamentos, carga horária, aprendizado.
5	A qualidade do treinamento, ou seja, a aplicação na rotina e as melhorias geradas.
6	Não sei informar.
7	Treinamentos realizados, pessoas que participaram, melhorias realizadas após treinamentos.
8	Controle dos treinamentos realizados.
9	Cursos específicos dentro de cada setor; no momento não vejo como usar outro que não seja quantitativo. Seria bom medir a qualidade dos profissionais formados.
10	O nível de escolaridade; cursos técnicos; experiência profissional.
11	Qualidade dos palestrantes.
12	Acho que como está me agrada, está no caminho certo.
13	Carga horária, o que foi feito pós treinamento.
14	Não sei informar, pois a minha área está mais ligada à assistência médica mesmo.
15	Mensurar a carga horária, os treinamentos realizados, verificar se os servidores do hospital têm treinamento de informática básica.
16	Horas aula, treinamentos realizados.
17	Resultados pós-treinamento; controle dos treinamentos; carga horária.
18	Carga horária, formação, treinamentos realizados.
19	Cursos de interrelação funcionários e clientes.
20	No meu setor, como só sou eu e o meu funcionário, não vejo necessidade de um indicador específico.
21	Algo voltado para a qualidade da residência (professores, informações dos alunos).
22	Qualidade pós-treinamento.
23	Não sei.
24	Pessoas que participaram dos treinamentos; quantos treinamentos foram feitos; cumprimento da matriz curricular; necessidades dos setores.
25	Os que existem são suficientes.
26	O impacto gerado no comportamento e nos processos desenvolvidos no hospital. Se esses cursos não gerarem a melhoria do serviço, não adiantou nada.
27	Capacitação dos funcionários por área; horas de treinamentos; acompanhamento dos treinamentos principalmente nas áreas mais técnicas.