

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE**

MARCELO NOGUEIRA DE FREITAS

**INDICADORES DE DESEMPENHO COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO EM
UNIDADES HOSPITALARES**

RECIFE

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

CLASSIFICAÇÃO DE ACESSO A TESES E DISSERTAÇÕES

Considerando a natureza das informações e compromissos assumidos com suas fontes, o acesso a monografias do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco é definido em três graus:

- "Grau 1": livre (sem prejuízo das referências ordinárias em citações diretas e indiretas);
- "Grau 2": com vedação a cópias, no todo ou em parte, sendo, em consequência, restrita a consulta em ambientes de biblioteca com saída controlada;
- "Grau 3": apenas com autorização expressa do autor, por escrito, devendo, por isso, o texto, se confiado a bibliotecas que assegurem a restrição, ser mantido em local sob chave ou custódia;

A classificação desta tese se encontra, abaixo, definida por seu autor.

Solicita-se aos depositários e usuários sua fiel observância, a fim de que se preservem as condições éticas e operacionais da pesquisa científica na área da administração.

Título da Dissertação: Indicadores de desempenho como instrumento de gestão em unidades hospitalares

Nome do Autor: Marcelo Nogueira de Freitas

Data da aprovação: 31 de outubro de 2014

Classificação, conforme especificação acima:

Grau 1

Grau 2

Grau 3

Recife, 31 de outubro de 2014.

Assinatura do autor

Marcelo Nogueira de Freitas

**INDICADORES DE DESEMPENHO COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO EM
UNIDADES HOSPITALARES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do Título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Ricardo Bezerra Nogueira

Recife

2014

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

F866i Freitas, Marcelo Nogueira de
Indicadores de desempenho como instrumento de gestão em unidades hospitalares / Marcelo Nogueira de Freitas. - Recife: O Autor, 2014.
79 folhas : il. 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. José Ricardo Bezerra Nogueira.
Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2014.
Inclui referências.

1. Desempenho. 2. Indicadores econômicos. 3. Indicadores sociais. 4. Hospitais – administração. 5. Serviço de saúde (Avaliação). I. Nogueira, José Ricardo Bezerra (Orientador). II. Título.

331 CDD (22.ed.) UFPE (CSA 2014 – 165)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

PARECER DA COMISSÃO EXAMINADORA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE:

Marcelo Nogueira de Freitas

A Comissão Examinadora, composta pelos professores abaixo, sob a presidência do primeiro, considera o candidato Marcelo Nogueira de Freitas **APROVADO**.

Recife, 31 de outubro de 2014.

Prof.^a Dr.^a Rozane Bezerra de Siqueira
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof. Dr. Evaldo Santana de Souza
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof. Dr. Carlos Feitosa Luna
Examinador Externo / Fiocruz

Dedico este trabalho à minha família.

Aos meus pais Geraldo e Zilta,
que sempre me incentivaram nos momentos difíceis e me
orientaram em minhas decisões.

Ao meu filho Matheus,
pela compreensão durante este momento que não pude
estar presente. Dedico a conquista desta vitória a você.

Aos meus irmãos,
por compartilharem momentos especiais em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Para a concretização deste trabalho, faço aqui meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que contribuíram de alguma forma, quer seja direta ou indiretamente. Muito obrigado.

Para aqueles que aqui estiveram mais próximos na viabilidade deste trabalho, destaco aqui referências em particular:

Primeiramente, a Deus por me proporcionar saúde, paz e sabedoria, guiando-me nessa jornada diária.

A meus pais e em especial a minha mãe, Zilta, a quem tenho como referência no meu aprendizado de vida e de trabalho. Sempre me incentivando na busca de novos conhecimentos e aperfeiçoamento.

Ao professor e orientador José Ricardo, o qual acreditou na proposta deste trabalho, prestando valiosos ensinamentos, possibilitando a ampliando da minha reflexão e aprendizado. Sem dúvida, tais ensinamentos foram úteis, não só em uma discussão teórica, mas na percepção do meu trabalho de forma diferenciada.

Ao Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, representado pelo Superintendente Dr. Paulo Teixeira e pelo Gerente Administrativo Prof. Duílio Marsiglia, os quais desde o início do curso apoiaram-me na busca do crescimento profissional e na concretização deste trabalho. À Dra. Marcia Rebelo que em momentos informais possibilitou a minha reflexão sobre a proposta deste estudo. E as colegas de trabalho da Assessoria de Planejamento, com grande satisfação cito Alba Caldas e Inêz Carneiro, admiráveis profissionais.

A Universidade Federal de Alagoas, representada pela Pró-Reitora de Gestão de Pessoas e do Trabalho (PROGEP) que autorizou meus afastamentos para o curso, contribuindo para minha formação e finalização deste estudo.

Aos colegas da turma do Mestrado, em particular aos amigos Suely e Rogério, que compartilharam momentos agradáveis e de superação.

Aos professores do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde – da UFPE, que proporcionaram experiências e

ensinamentos para a vida e aos monitores, que em seus esforços e paciência contribuíram para o aprendizado da turma.

Aos professores da banca examinadora, que em suas argumentações contribuíram significativamente para melhoria deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo discutir a importância da suplementação do elenco de indicadores de desempenho usuais com indicadores de natureza econômico-social na gestão em unidades hospitalares. A pesquisa tomou por base metodológica a literatura e prática existente relativamente ao uso de indicadores de desempenho na área de saúde. Destaque particular é dado à tentativa de incorporar a análise econômico-social. Tal análise vai além da dimensão interna dos indicadores tradicionais: hospitalares e econômico-financeiros; sendo suplementada por duas outras dimensões: primeiramente, sob a ótica econômica de custo-benefício e bem-estar social do serviço de saúde. A relação custos/ofertas dos serviços (indicadores de estrutura) versus benefício/impacto gerado à população (indicadores de produção/resultados); o segundo ponto de vista trata da análise da unidade hospitalar inserida no macroambiente como instrumento de intervenção do governo por meio da implementação das políticas públicas atribuídas ao papel dos hospitais na rede assistencial de saúde, seu impacto na qualidade de vida da população (métricas socioeconômicas e demográficas) e participações efetiva nas ações de saúde em âmbito nacional (métricas de saúde). Conclui-se que o estudo trouxe uma contribuição conceitual na gestão de indicadores, uma vez que, as ações hospitalares estão integradas em um sistema de saúde, sendo assim, os indicadores são instrumentos de apoio ao planejamento de políticas públicas de saúde e, portanto, uma análise multidimensional permite um entendimento mais preciso da realidade da população e implantação de ações efetivas por parte dos gestores hospitalares e da saúde.

Palavras-chave: Indicadores de desempenho. Indicadores socioeconômicos e demográficos. Gestão hospitalar. Gestão da informação na saúde.

ABSTRACT

The current study aims to argue about the importance of the supplementation of the usual performance indicators' cast with socioeconomic indicators in the management in hospital units. The research took as a methodological base the literature and relatively existent practice to the use of the performance indicators in the healthcare area. It is given a particular emphasis to the attempt to incorporate the socioeconomic analysis. Such analysis goes beyond the inner dimension of the traditional indicators: hospital and economic-financial indicators; being added for two other dimensions: first, under the economical vision of cost-benefit and social welfare of the health service. The relation cost/offer of the services (structure indicators) versus benefit/impact caused to the population (output indicators); the second point of view covers the hospital unity analysis inserted in the macro-environment as an instrument of intervention from the government by means of the implementation of the public politics attributed to the hospital's role in the healthcare complex, its impact in the population's life quality (socioeconomic and demographic measures) and effective participation in the national healthcare actions (health measures). It brings to a conclusion that the study has brought a conceptual contribution in the management of indicators, once that, the hospital actions are integrated in a healthcare system, thereby, the indicators are supportive instruments to the healthcare public politics and so, a multidimensional analysis allows a more accurate comprehension of the population reality and the implantation of effective actions on the part of the hospital and health managers.

Keywords: Performance indicators. socioeconomic and demographic indicators. Hospital management. Information management in health.

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Distribuição dos indicadores econômico-financeiros de acordo com os autores..... | 35 |
| Quadro 2 - Tipologia dos indicadores hospitalares tradicionais..... | 43 |
| Quadro 3 - Tipologia dos indicadores econômico-financeiros..... | 45 |
| Quadro 4 - Indicadores de estrutura versus indicadores de produção /resultados, benefício e impacto gerado à população..... | 55 |
| Quadro 5 - Indicadores socioeconômicos e demográficos..... | 58 |
| Quadro 6 - Participação dos hospitais nos indicadores de políticas públicas nacionais de saúde e impacto para sociedade..... | 65 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------------|--|
| AIDS | Síndrome de Imunodeficiência Adquirida |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| BSC | Balanced Scorecard |
| CQH | Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar |
| COAP | Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde |
| DATASUS | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde |
| ESF | Equipes de Saúde da Família |
| FNQ | Fundo Nacional da Qualidade |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| INEP | Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais |
| MEC | Ministério da Educação |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PE | Planejamento Estratégico |
| PNAD | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios |
| PROHASA | Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar |
| RIPSA | Rede Interagencial de Informação para a Saúde |
| SIM | Sistema de Informações sobre Mortalidade |
| SINASC | Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos |
| SINHA | Sistema de Indicadores Hospitalares |
| SIPAGEH | Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SVS | Secretaria de Vigilância em Saúde |
| UTI | Unidade de Tratamento Intensivo |

SUMÁRIO

| | | |
|-------------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO: CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA, JUSTIFICATIVA E OBJETIVO..... | 12 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA | 24 |
| 2.1 | Serviços de saúde..... | 24 |
| 2.2 | Organização hospitalar..... | 25 |
| 2.3 | Gestão estratégica..... | 26 |
| 2.4 | Gestão da informação na saúde..... | 28 |
| 2.4.1 | Assimetria da informação e transparência da informação..... | 30 |
| 2.5 | Conceito de indicadores..... | 31 |
| 2.5.1 | Indicadores hospitalares..... | 32 |
| 2.5.2 | Indicadores econômico-financeiros..... | 35 |
| 2.6 | Características de um indicador..... | 38 |
| 2.7 | Perspectivas de atuação dos indicadores..... | 39 |
| 2.8 | Tipologia dos indicadores..... | 41 |
| 2.8.1 | Tipologia dos indicadores hospitalares..... | 42 |
| 2.8.2 | Tipologia dos indicadores econômico-financeiros..... | 45 |
| 2.9 | Sistemas de indicadores e avaliação estratégica de desempenho.... | 50 |
| 2.10 | Instrumentos de regulamentação para implantação de indicadores no âmbito do SUS..... | 51 |
| 3 | MÉTODO E RESULTADOS..... | 53 |
| 4 | CONCLUSÕES..... | 66 |
| | REFERÊNCIAS | 71 |

1 INTRODUÇÃO - CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA, JUSTIFICATIVA E OBJETIVO

O Ministério da Saúde conceitua hospital como sendo parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica sanitária completa. Sendo essa tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar. Os serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também, em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

Uma unidade hospitalar também pode ser caracterizada como um agente econômico que oferta serviços gerais de saúde e, portanto, pode ser vista como uma empresa, como um negócio, apesar do fato de que o mercado em que está inserida tenha propriedades bem específicas que o diferenciam de outros, mais tradicionais. Uma dessas propriedades que merece destaque especial é o fato de que a oferta e a demanda por serviços de saúde é, na verdade, como ressaltado por Arrow (1963), apenas um elo intermediário para o verdadeiro bem que é alvo da transação: saúde, ou seja, estar ou sentir-se saudável.

Carnelutti (2006, p.8) enfatiza que um hospital é uma unidade econômica, que possui vida própria, e difere das outras empresas porque o seu objetivo, ou “produto” básico, é a manutenção, ou reestabelecimento da saúde do paciente. Sendo assim, em uma organização hospitalar, um produto hospitalar é uma série de serviços prestados a um paciente, como parte do processo de tratamento, controlado pelo médico.

A instituição hospitalar se assemelha muito mais a uma empresa que produz serviços personalizados, como, um hotel, um banco e outros, que com uma empresa meramente produzindo bens ou mercadorias comuns (GERSDORFF, 1980, p.35).

Gonçalves (1983) afirma que as organizações hospitalares, por possuírem características particulares nas atividades que desempenham, diferem de outras organizações. Desenvolvem: serviços de atenção e tratamento personalizado a

pacientes individuais; há uma dependência das necessidades e demanda de seus clientes; tem-se a necessidade da definição das responsabilidades dos diferentes membros e pouca tolerância a erros; realizam trabalho diversificado e com pouca padronização em que pessoas cuidam de pessoas, participando ativamente do processo de produção; há pouco controle sobre seus trabalhadores, principalmente os médicos, e sobre os pacientes; organização não baseada em uma linha única de autoridade, já que o administrador hospitalar detém menos autoridade e poder em relação a outras organizações; e organização formal, até certo ponto burocrática e autoritária, cuja operacionalidade repousa no arranjo do trabalho convencionalmente hierarquizado e em regras rígidas e impessoais.

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

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

Ainda hoje, grande parte dos hospitais brasileiros apresentam problemas em adotar modelos de gestão eficientes, voltados para as necessidades dos cidadãos, havendo dificuldade em trabalhar com indicadores nestas instituições e implementar as necessárias mudanças de comportamento decorrentes. Neste contexto, uma gestão eficiente causa impactos significativos na assistência hospitalar, integrando competências e potencializando resultados (CIANCIARULLO, 2003 *apud* LEMOS e ROCHA, 2011).

Bloom, *et al.* (2013) afirmam que indicadores de desempenho comparáveis são potencialmente importantes condutores da gestão hospitalar por meio de seus efeitos sobre a demanda (pacientes) e/ou oferta (pressões sobre executivos). Por exemplo, a presença de métricas de acesso comparável podem promover outras iniciativas destinadas a melhorar a qualidade do atendimento correlacionadas ao acesso público aos serviços ofertados.

Os indicadores são ferramentas poderosas para monitorar e comunicar informações importantes sobre o atendimento à saúde. Eles têm sido usados na área da saúde de diversas maneiras, em apoio ao planejamento, ao envolvimento da comunidade e ao desenvolvimento de políticas de saúde. Eles têm sido usados com sucesso para promover a responsabilidade entre os órgãos governamentais e não governamentais e envolver os parceiros nos esforços cívicos (CHERYL WOLD, MPH WOLD e ASSOCIATES, 2008).

Assim como os gestores das instituições hospitalares podem utilizar indicadores para gerir suas unidades, há de se considerar um interesse similar dos órgãos reguladores, Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde, responsáveis pela definição das diretrizes de políticas públicas de saúde em seus respectivos âmbitos de atuação, federal, estadual e municipal em relação aos seus objetivos de planejar, executar, monitorar e avaliar as situações de saúde. Por exemplo, para a Organização Mundial de Saúde¹ (OMS), os indicadores servem de parâmetro de comparação para avaliar as condições relativas de saúde da população entre os 192 países que compõem a Organização das Nações Unidas² (ONU), dentre eles o Brasil.

Bittar (2001) entende que as “informações são indispensáveis para a administração de qualquer empresa, principalmente quando transformadas em indicadores que se prestam a medir a produção de programas e serviços de saúde bem como estabelecer metas a serem alcançadas para o bem-estar da população”. E, portanto, falar de indicadores hospitalares é falar da necessidade de se ter informações gerenciáveis de forma precisa, completa, confiável, relevante e

¹ A Organização Mundial de Saúde é a autoridade diretora e coordenadora de saúde dentro do sistema das Nações Unidas. (<http://www.who.int/about/en/>).

² Organização das Nações Unidas é uma organização internacional formada por países que se reuniram voluntariamente para trabalhar pela paz e o desenvolvimento mundiais. (<http://www.onu.org.br/conheca-a-onu/>).

principalmente disponível no momento oportuno para subsidiar o gestor na tomada de decisão.

Nos mercados de saúde, é observado por Arrow (1963) que a informação imperfeita é a principal causa da falha de mercado³, além de criar uma expectativa de incerteza nos mercados e tornar as informações assimétricas (*Apud* SANTACRUZ, 2001). Logo, as informações assimétricas, de acordo com Pindyck e Rubinfeld (2006, p.530), referem-se a uma situação na qual o comprador e o vendedor possuem informações diferentes sobre uma transação.

Os serviços de saúde hospitalares possuem a peculiaridade de que “o indivíduo, ao procurar a assistência médica, não o faz por livre vontade, mas sim por necessidade, isto é, por circunstâncias alheias ao seu desejo. Ao ingressar num serviço de saúde, o indivíduo não sabe que tipo de intervenção irá sofrer ou que tipo de exame ou medicamento irá consumir” (MEDICI e MARQUES, 1996, p.49).

Bolzan, *et al.* (2006) ressaltam que as informações que os clientes possuem são poucas, porque são informados dos serviços oferecidos pelos hospitais somente no momento em que precisam ficar internados, uma vez que ninguém visita um hospital para saber que serviços ele oferece. Além disso, quando as pessoas indicam o hospital a familiares, ou amigos, citam somente os serviços que utilizaram, e, muitas vezes, ficam em dúvida sobre a existência de outros serviços naquela instituição. Isso mostra que, quando os clientes têm mais informação, possuem, em geral, mais poder para a negociação do que quando a informação é deficiente. Com mais informação o cliente fica em uma posição melhor para negociar.

Há um problema de informação assimétrica na relação médico-paciente, chamado de risco moral, onde o médico (principal⁴) busca incentivar o paciente (agente⁵) a dar respostas de forma mais precisa e responsável sobre o seu estado de saúde. Por outro lado, o médico é detentor dos conhecimentos técnicos para tratar o paciente e, por motivos dispares de conhecimento entre o médico e o paciente ocasiona a informação assimétrica no decorrer do processo de tratamento

³ Falha de mercado é uma situação na qual um mercado competitivo não regulamentado é ineficiente porque os preços não fornecem sinais adequados aos consumidores (PINDYCK e RUBINFELD, 2006, p.258).

⁴ Principal Indivíduo que emprega um ou mais agentes para atingir um objetivo (PINDYCK e RUBINFELD, 2006, p.541).

⁵ Agente Indivíduo empregado por um principal e que tem de atingir os objetivos deste (PINDYCK e RUBINFELD, 2006, p.541).

de saúde. Arrow (1963, p.951) entende que há uma qualidade especial para a incerteza na informação entre médico e paciente; é muito diferente nos dois lados da transação. A informação possuída pelo médico em relação às consequências e possibilidades de tratamento é necessariamente muito maior do que a do paciente.

O risco moral ou perigo moral “se refere a uma situação em que um lado do mercado não pode observar as ações do outro. Por esse motivo é algumas vezes chamado de problema da ação oculta” (VARIAN, 2003, p.753). Para Pindyck e Rubinfeld (2006, p.539), o risco moral “acontece quando uma parte apresenta ações que não são observadas e que podem afetar a probabilidade ou a magnitude de um pagamento associado a um evento”.

Para resolver essa falha de assimetria da informação na relação médico-paciente é necessária uma resposta das partes no sentido de uma ação mútua de sinalização. Os mercados respondem ao problema da informação assimétrica de diversas maneiras, uma delas é a sinalização de mercado, que de acordo com Pindyck e Rubinfeld (2006, p.535), a sinalização de mercado se refere ao processo pelo qual os vendedores enviam sinais aos compradores, transmitindo informações a respeito da qualidade do produto.

No caso da relação médico-paciente diante da assistência hospitalar, um exemplo de sinalização a ser adotada seria a interação do médico com o paciente. Discutir como serão as etapas do tratamento, por exemplo, de uma doença crônica, a ser proposto em uma linha do cuidado⁶ disponível ao paciente. Onde, este deverá desde o momento de sua entrada (ambulatório ou por transferência) ser assistido e informado plenamente de forma a ser atendida sua necessidade particular, reduzindo a incerteza na informação entre médico e paciente, perpassando pelos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, internação, desenvolvimento do seu quadro clínico, até a previsão da sua alta hospitalar e as orientações de cuidados extra-hospitalares: de uso de medicação, cuidados domiciliares até retornos para revisão/acompanhamento do tratamento.

Estreitando-se a relação e interação entre médico-paciente, o paciente terá a possibilidade de analisar e avaliar a qualidade do produto, ampliando sua capacidade de negociação e utilização máxima do serviço ofertado. Arrow (1963,

⁶ Linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde (FRANCO e FRANCO, 2012).

p.951) ressalta que a relação médico-paciente afeta a qualidade do produto de cuidados médicos. O autor esclarece ainda que a assistência médica pertence à categoria de produtos para os quais o produto e a atividade de produção são idênticas. Em todos esses casos, o cliente não pode testar o produto antes de consumi-lo, e não há um elemento de confiança na relação (ARROW, 1963, p.949).

Os hospitais, embora com sua peculiaridade de uma empresa econômica disposta a oferecer um produto personalizado, a saúde. Esta, encontra-se diante de regras do mercado competitivo. Como exemplo, citam-se operadoras de seguro-saúde que administram seus hospitais e comercializam seus serviços. Ao buscar conquistar seus clientes as operadoras de saúde enfrentam o problema da seleção adversa devido a assimetria da informação na relação entre as partes. Segundo Pindyck e Rubinfeld (2006, p.532), “as pessoas que adquirem esse tipo de seguro sabem muito mais a respeito do seu próprio estado geral de saúde do que qualquer companhia seguradora”. Neste contexto, de ausência de informações por parte das operadoras de seguro-saúde e seus hospitais, é fato que a prestação de serviços de qualidade e cobrança do preço adequado, será pautado na ausência de informações precisas das condições de saúde do seu cliente, tendo por referência os clientes de maior risco, e, conseqüentemente, a oferta de serviços questionáveis.

Varian (2003, p.753) explica que a seleção adversa “se refere à situação em que um lado do mercado não pode observar o “tipo” ou a quantidade dos bens no outro lado do mercado. Por esse motivo é às vezes chamado de problema da informação oculta”. Pindyck e Rubinfeld (2006, p.532) afirmam que a seleção adversa é a “forma de falha de mercado que ocorre quando, devido a informações assimétricas, produtos de diferentes qualidades são vendidos a um preço único; dessa maneira, vendem-se inúmeros produtos de baixa qualidade e pouquíssimos de alta qualidade”.

Decorrido os inúmeros conflitos de interesse no setor, como são os casos dos consumidores e as operadoras de planos de saúde/hospitais, onde, cada um deles age de forma a maximizar seus benefícios. Como são divergentes, então, começa a surgir o problema de agência ou problema da relação agente-principal⁷, onde os

⁷ O problema de agência ou problema da relação agente-principal é o problema que surge quando os agentes (os administradores de uma empresa, por exemplo) perseguem suas próprias metas, em vez das metas do principal (os donos da empresa, por exemplo) (PINDYCK e RUBINFELD, 2006, p.541).

atores que estão no papel de principal em determinado relacionamento (por exemplo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar ou as operadoras de saúde) passam com vários mecanismos de coerção, como o monitoramento e a punição, a controlar o comportamento de seus agentes (operadoras e beneficiários de planos de saúde). Esse controle incorre nos chamados custos de agência (SATO, 2007).

A viabilidade da organização hospitalar, inserida na rede assistencial de saúde, se dá pela maximização do seu objetivo social, que deve estar acima dos objetivos pessoais do administrador (agente), caso contrário, tem-se o problema de agência.

Os hospitais nem sempre apresentam desempenhos satisfatórios, principalmente quando observados os hospitais sem fins lucrativos. Forgia e Couttolenc (2009, p.3) afirmam que “o desempenho deixa a desejar, o que é particularmente verdade em unidades que atendem a população carente. Nelas, falta informação, a baixa qualidade do atendimento é sempre notícia nos meios de comunicação, a produtividade é minada pela ineficiência e a responsabilização é obscura”. Portanto, os órgãos reguladores da saúde: Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde (principal), arcam com o custo de agência, no intuito de implementar o monitoramento eficaz no cumprimento das metas organizacionais, contratos de metas, responsabilizando os administradores pelo desempenho institucional. Sendo possível também a utilização de estrutura de incentivos contratuais para minimizar o problema de agência.

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

De modo geral os gestores hospitalares e da saúde entendem a importância da análise e acompanhamento dos indicadores tradicionais: hospitalares e econômico-financeiros. Discute-se sobre métricas hospitalares, como: média de pacientes-dia, média de permanência, taxa de ocupação hospitalar, taxa de mortalidade hospitalar, taxa de infecção hospitalar, proporção de partos cesárias,

taxa de cirurgias suspensas, entre outras; e métricas econômico-financeiras, que engloba indicadores de liquidez, de endividamento, de estrutura de capital, de rentabilidade e de lucratividade. Contudo, sabe-se que uma gestão centrada em um quantitativo limitado de indicadores de análise interna não é capaz de traduzir a realidade ou cenário onde a unidade hospitalar atua, diante da demanda da sociedade, e tão pouco permite ao gestor tomar decisões que impactem em melhorias efetivas dos serviços prestados. Sendo assim, deve-se enfatizar a importância da utilização de indicadores multidimensionais, além dos indicadores tradicionais.

Alves (2011) afirma que a performance de uma organização não deve ser medida unicamente através de resultados financeiros. “Os indicadores financeiros apresentam problemas: refletem o passado e sua orientação é para curto prazo; têm severas deficiências como indicadores únicos de avaliação da performance da organização e são susceptíveis de manipulação” (MERCER, 2003).

A análise de indicadores na visão multidimensional engloba além dos indicadores hospitalares e econômico-financeiros, uma análise conjunta com indicadores de estrutura versus de produção/resultados; e indicadores socioeconômicos e demográficos. Discutidos aqui sob dois novos enfoques que auxiliarão o nível diretivo decisorial na tomada de decisão:

a) Vista como uma empresa hospitalar, sob a ótica da análise econômica de custo-benefício e bem-estar social, tem como objetivo estimar os custos e benefícios totais do projeto para a sociedade como um todo. Nesse caso, as unidades hospitalares têm como finalidade a prestação de serviço de assistência à saúde cuja produção gera, simultaneamente, custos e benefícios sociais que necessitam ser continuamente medidos e avaliados por meio do cruzamento entre indicadores estruturais que medem a capacidade operacional, como número de leitos, de consultórios, de salas de cirurgias ambulatoriais, de salas cirúrgicas no centro cirúrgico, de equipamentos de exames e diagnóstico e indicadores de produção como: número de internações, número de consultas agendadas, número de cirurgias ambulatoriais, número de cirurgias e exames realizados.

b) Por outro enfoque da organização hospitalar é vista como instrumento de intervenção do governo, por meio de seus órgãos reguladores, Ministério da Saúde e Secretarias Municipal e Estadual de Saúde. A análise aqui se dá através do uso de

indicadores socioeconômicos tais como métricas socioeconômicas e demográficas do tipo taxa de analfabetismo, níveis de escolaridade, renda per capita, taxa de saneamento básico, taxa de mortalidade infantil, proporção de pobres, taxa de desemprego, cobertura de coleta de lixo, população total, taxa de crescimento da população, proporção de idosos na população, índice de envelhecimento, taxa bruta de natalidade, esperança de vida ao nascer, entre outros, e participação efetiva nas ações/campanhas nacionais de saúde (métricas de saúde).

Jannuzzi (2009, p.22) afirma que “os indicadores apontam, indicam, aproximam, traduzem em termos operacionais as dimensões sociais de interesse definidas a partir de escolhas teóricas ou políticas realizadas anteriormente. Eles se prestam a subsidiar as atividades de planejamento público e a formulação de políticas sociais nas diferentes esferas de governo, possibilitam o monitoramento das condições de vida e bem-estar da população por parte do poder público e sociedade civil e permitem o aprofundamento da investigação acadêmica sobre a mudança social e sobre os determinantes dos diferentes fenômenos sociais”.

Levando-se em consideração a importância dos indicadores sociais citado por Januzzi (2009) como subsídio das atividades de planejamento público e a formulação de políticas sociais, percebe-se que uma eficiente gestão dos indicadores sociais impacta positivamente nas ações dos gestores da saúde, no intuito de trazer melhorias à saúde da população, então, pode-se dizer que há uma externalidade positiva. Pindyck e Rubinfeld (2006, p.259) afirmam que a externalidade é a “ação de um produtor ou um consumidor que afeta outros produtores ou consumidores, mas que não é considerada no preço de mercado”. Sendo assim, a ação que resulta num impacto negativo, é denominada externalidade negativa. Ou quando resulta em um impacto positivo, é chamada externalidade positiva.

Segundo Forgia e Couttolenc (2009, p.2), por exemplo, observou-se uma pequena minoria de hospitais, essencialmente grandes instituições privadas e instituições públicas ligadas a universidades, desenvolveu e adotou novos arranjos organizacionais, técnicas modernas de gerenciamento e práticas de melhoria da qualidade. Com isso, essas instituições se transformaram em centros de excelência comparáveis aos melhores hospitais existentes em países de alta renda. Esses hospitais também costumam liderar os avanços em biomedicina e pesquisa clínica. A

maioria ganhou o reconhecimento de programas nacionais e internacionais de acreditação. A cultura organizacional presente nessas instituições permite a adoção rápida de mudanças em tratamentos e tecnologias. Algumas dessas unidades obtiveram conquistas impressionantes, evidenciadas pelo reconhecimento internacional de sua qualidade de tratamento.

Quando da intervenção do hospital como parte integrante da rede de saúde e, portanto, assume seu papel em reestabelecer a saúde do paciente, mesmo que parcial ou total, cumpre-se nesse primeiro momento sua parcela como organização médica, de diagnóstico, tratamento e cura. No entanto, este desempenha função essencial na reintegração do paciente na cadeia socioeconômica. O paciente depois de tratado, retorna a sua vida familiar e produtiva à sociedade. Arrow (1963, p.959) diz que a perda devido à doença é apenas parcialmente o custo da assistência médica. Consiste ainda, em desconforto e perda de tempo produtivo no decorrer da doença.

Exemplifica-se também a atuação positiva da organização hospitalar na rede de saúde pública, percebida como instrumento de intervenção do Governo, onde, desenvolvem também ações preventivas às doenças, como: participação nas campanhas e mutirões educativo-sociais, por exemplo: cadastramento nacional de doadores de medula óssea, vacinação, combate ao tabagismo, prevenção e combate a hipertensão, combate à diabete, entre outros. Tais ações impactam, de forma benéfica (externalidade positiva), na qualidade de vida e aumento da expectativa de vida da população.

A administração e a viabilidade de um hospital seja público ou privado, não se confunde e nem se limita meramente à rentabilidade financeira, mas ao alcance máximo do objetivo fundamental que lhe originou e lhe garante sua legitimidade social: o atendimento com qualidade às necessidades da comunidade. Vê-se aí, que a viabilidade não é uma característica ou condição natural, intrínseca ou própria da instituição hospitalar, mas o resultado da sua ação que, por sua vez, deve monitorar sua atuação e julgar seu desempenho a fim de garantir, pela competência a sobrevivência da própria instituição (CARVALHÊDO, 2013).

“A utilização de indicadores que contemplem todas as áreas envolvidas pode ser de grande utilidade para a gestão das organizações hospitalares. Ao abordar

tanto a perspectiva financeira quanto as do cliente e do processo pode fornecer subsídios importantes para a alta administração” (PONTES, *et al.*, 2008).

O contínuo desenvolvimento e aplicação de indicadores de desempenho deve permitir que as autoridades de saúde definam seus próprios padrões. Isto implicará um movimento longe de meramente observar a posição de um hospital, distrito ou região em uma distribuição nacional, para a medição do desempenho para atingir os objetivos especificados. Implicitamente isso requer indicadores precisos de resultado da saúde (GEDDIS, 1988).

Para tanto, o diagnóstico das condições de saúde de uma população deve fazer uso de uma ampla gama de informações que expressam diferentes características sociais, econômicas, culturais e mais propriamente acerca da mortalidade e da morbidade. Nesse sentido, os indicadores socioeconômicos são utilizados para uma abordagem aos problemas a partir das relações entre as condições de vida e as de saúde (KUSCHNIR, CHORNY e LIRA, 2010).

A apreciação da gestão por meio da utilização de métricas multidimensionais possibilita uma forma de gerir as instituições hospitalares diferenciadamente. Informações apoiadas apenas em métricas tradicionais hospitalares e financeiras oferecem interpretações limitadas da realidade e da necessidade da população, afetando a tomada de decisão. Já as informações mensuráveis pelo conjunto de métricas multidimensionais que agregam valor a informação no macroambiente da instituição hospitalar, contextualiza um cenário próximo à realidade vivida pela população local, possibilitando o planejamento das ações assistenciais e sua resolutividade de maneira eficaz.

Com base na argumentação acima desenvolvida, o objetivo do presente estudo é o seguinte: discutir a importância da suplementação do elenco de indicadores de desempenho usuais com indicadores de natureza econômico-social na gestão em unidades hospitalares.

O estudo é organizado em 4 capítulos. No capítulo 1 tem-se a introdução, composta pela contextualização do assunto, enfatizando a contribuição para a literatura, sua justificativa e o objetivo. No capítulo 2 apresenta-se a revisão da literatura pertinente ao tema em questão, envolvendo serviços de saúde, organização hospitalar, gestão estratégica, gestão da informação na saúde

(assimetria da informação e transparência da informação), conceito de indicadores (indicadores hospitalares, indicadores econômico-financeiros), característica de um indicador, perspectivas de atuação dos indicadores, tipologia dos indicadores (tipologia dos indicadores hospitalares e econômico-financeiros), sistemas de indicadores e avaliação estratégica de desempenho e instrumento de regulamentação para implantação de indicadores. No capítulo 3 discorre-se sobre a metodologia empregada e os resultados da pesquisa, abordando a organização hospitalar sob dois novos enfoques: uma empresa vista sob a ótica da análise econômica de custo-benefício e bem-estar social como também a organização como instrumento de intervenção do governo. As conclusões do trabalho são apresentadas no capítulo 4.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Serviços de saúde

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

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

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

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

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

avanços no controle das doenças infecciosas e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes sociais, passou-se a analisar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros. Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008, p.13).

2.2 Organização hospitalar

Para a Organização Mundial de Saúde, o hospital é um elemento organizador de caráter médico-social, cuja função consiste em assegurar assistência médica completa, curativa e preventiva a população, e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar considerada em seu meio; é um centro de medicina e de pesquisa biossocial.

Os hospitais desempenham funções específicas que vão desde o cuidado ao paciente nas internações cirúrgicas eletivas e clínicas, o atendimento ambulatorial, emergencial e a sua reabilitação parcial ou total. Mas, observar-se que a instituição hospitalar é bem mais complexa, pois, além dessas funções de atendimento assistencial, a unidade hospitalar desempenha outros papéis que envolvem, “por exemplo, o ensino, a pesquisa, a assistência social, a fonte de emprego, a legitimação, o poder político e a base para o poder corporativo” (KUSCHNIR, CHORNY e LIRA, 2010).

Os autores acima afirmam que:

Existem diferentes tipos de classificação de hospitais que consideram distintas dimensões. Uma forma de classificá-los é a partir da consideração de seu grau de complexidade, no qual em um extremo estão os hospitais de ensino e, no outro, os pequenos hospitais locais, gerando a classificação hierárquica tradicional de cuidado terciário, cuidado secundário e hospitais comunitários. Outra dimensão considera ainda os hospitais gerais e os especializados ou ainda a localização ou as características organizacionais (único ou múltiplo). (KUSCHNIR, CHORNY e LIRA, 2010).

Os hospitais são organizações bastante complexas, sejam na sua especificidade de assistência à saúde prestando um serviço de cuidado a vida,

diferenciando-se ao das demais organizações do mercado; inúmeros processos e vasta quantidade de procedimentos de média e alta complexidade; seja na classificação do seu porte: pequeno, médio e grande; por suas diversas categorias e vínculos profissionais, do nível elementar aos mais graduados, empregando-se métodos individualizados de trabalho.

Como afirmam Pontes, *et al.* (2008), o setor hospitalar é uma das atividades de maior complexidade operacional. Ao concentrar recursos humanos altamente capacitados, tecnologia de última geração, processos diversificados e grande variedade de itens de consumo, esta instituição necessita de uma gestão extremamente eficiente.

“Os hospitais têm sido considerados sob a perspectiva de sua contribuição na formação de profissionais de saúde, seu papel na incorporação de novas tecnologias, entre tantos outros aspectos” (MACHADO e KUCHENBECKER, 2007).

Em meio a sua complexidade como empresa e inúmeras atividades as quais se agrupam em conjuntos de funções internas e externas, a unidade hospitalar explica-se também na função externa de “integração ativa do hospital no sistema de saúde, embora ocorra, no contexto brasileiro, um generalizado desequilíbrio entre a demanda e a oferta de atendimento de saúde da população. A demanda por atendimento tende a ser crescente, seja quantitativa, ou, qualitativa” (GONÇALVES; TEIXEIRA e GONÇALVES, 1998 *apud* CARNELUTTI, 2006, p.12).

2.3 Gestão estratégica

A gestão estratégica, segundo Neves (2012), “é formada a partir de um conjunto de valores essenciais ao trabalho da organização, definidos de maneira clara e compartilhados por todos os seus integrantes; da visão de futuro, onde a organização pretende chegar num espaço de tempo determinado; de objetivos a serem conquistados de maneira conjunta e processos de trabalho voltados para o seu alcance; e ainda por um sistema de avaliação do grau de alcance desses objetivos, chamado de Sistemas de Indicadores”.

Os indicadores são decorrentes da gestão estratégica (valores⁸, missão⁹, visão de futuro¹⁰, fatores críticos para êxito¹¹ e metas estratégicas¹²), da gestão operacional (macroprocessos e processos) e das partes interessadas (clientes, servidores, sociedade, fornecedores etc.). Há necessidade de se manter alinhamento e integração entre os indicadores (VIEIRA, DETONI e BRAUM, 2006).

Segundo Rummler e Brache (1992 *apud* PONTES *et al.*, 2008), as ferramentas para a melhoria da qualidade e da competitividade através da abordagem do desempenho das organizações são definidas em três níveis: o nível estratégico da organização incluindo suas estruturas e práticas gerenciais; o nível dos processos de produção e administrativos e o nível do trabalho-executor, que diz respeito a cada indivíduo. As metodologias de trabalho desenvolvida nesses níveis são apresentadas nas variáveis do desempenho, expressa através de indicadores.

De acordo com Korbes (2010), a utilização de indicadores é fundamental para a consecução dos objetivos de uma empresa. Após a definição da estratégia a ser seguida, o indicador funciona como o painel de bordo¹³ que vai indicar aos gestores da organização se os resultados alcançados estão de acordo com o que foi traçado anteriormente. O indicador é o instrumento indispensável para avaliação do plano estratégico¹⁴ da empresa.

O Balanced Scorecard (BSC) é um Sistema de Gestão Estratégica que utiliza, de modo balanceado, indicadores financeiros e não-financeiros, que se relacionam através de relações de causa e efeito. Sua principal função é permitir ao “piloto” (o gestor principal) conduzir o seu vôo utilizando todo um conjunto de indicadores que

⁸ Os valores representam o conjunto dos princípios, crenças e questões éticas fundamentais de uma empresa, bem como fornecem sustentação a todas as suas principais decisões (OLIVEIRA, 2009, p.43).

⁹ A missão representa a razão de ser da empresa (OLIVEIRA, 2009, p.50).

¹⁰ A visão do futuro representa o que a empresa quer ser em um futuro próximo ou distante (OLIVEIRA, 2009, p. 43).

¹¹ Os fatores críticos de sucesso são os elementos condicionantes no alcance dos objetivos da organização (CHIAVENATO, 1999, p.219).

¹² As metas estratégicas correspondem aos passos ou etapas, perfeitamente quantificados e com prazos para alcançar os desafios e objetivos (OLIVEIRA, 2009, p.53).

¹³ A expressão painel de bordo designa a prática seguida por muitas unidades económicas de construção de um quadro sinóptico com vista à avaliação da sua *performance* a vários níveis. Neste contexto, é uma importante ferramenta de gestão que compila um conjunto de informações acerca das unidades económicas que o utilizam. Essas informações referem-se a todas as áreas que constituem a empresa e assumem por vezes a forma de indicadores (INFOPÉDIA, Dicionários Porto Editora).

¹⁴ Plano estratégico é um processo organizacional compreensivo de adaptação através da aprovação, tomada de decisão e avaliação (CHIAVENATO, 1999, p.226).

Ihe possibilite uma visão sistêmica de toda a sua organização (PEREIRA, 2009, p.50).

Pereira (2009) complementa que o BSC promove o alinhamento dos objetivos estratégicos com indicadores de desempenho, metas e planos de ação. Desta maneira é possível gerenciar a estratégica de forma integrada e garantir que os esforços da organização estejam direcionados para a estratégia.

A metodologia do BSC preconiza, como ponto de partida, a construção de um “mapa estratégico” que orientará a definição do conjunto de indicadores a ser usado na disseminação e no controle da execução da estratégia por toda organização. No mapa estratégico, além de ser mostrada toda a lógica da estratégia relacionando os objetivos, também são mostrados todos os indicadores (PEREIRA, 2009, p. 56).

Segundo Vieira, Detoni e Braum (2006), “pensar em gestão hospitalar hoje é ter visão do futuro. Os profissionais da área da saúde estão percebendo que somente cuidando da qualidade de seus serviços vão garantir um salto de patamar em longo prazo. Os indicadores são mais uma arma para as instituições de saúde que se preocupam em aprimorar o seu desempenho junto aos clientes”.

2.4 Gestão da informação na saúde

“Para ser uma ferramenta útil, a informação deve ser completa, precisa, apropriada e econômica para a tarefa a que se destina, devendo ser entregue com pontualidade. A informação fornecida com estas características é indispensável para dar suporte ao Processo Decisório” (MORITZ e PEREIRA, 2006, p.24)

Não existem propostas prontas para a gestão da informação nos hospitais, fazendo-se necessário desenvolver uma capacidade institucional de incorporar e utilizar, na forma mais adequada para cada instituição e contexto, competências e recursos materiais e humanos diversificados, para que a gestão da informação se transforme em um processo dinâmico, parte da gestão do serviço como um todo (SCHOUT e NOVAES, 2007).

A gestão da produção da informação assistencial é parte importante dos processos de gestão da qualidade da assistência e não deve ser tratada como uma tarefa menor e isolada, pois depende e impacta sobre todas as atividades desenvolvidas no hospital. Para que possa haver uma adequada gestão da informação, em geral é necessário que todos os profissionais se sintam partícipes e responsáveis pela sua produção e utilização, isto é, que exista uma cultura institucional de valorização da informação (SCHOUT e NOVAES, 2007).

Conforme Beuren (2000), observa-se que no contexto atual novos e maiores desafios para os gestores e, por consequência, a informação está-se configurando, cada vez mais, como um recurso estratégico nas organizações.

Os dados sobre o desempenho do hospital em suas diferentes unidades de negócio e referentes aos diferentes processos realizados têm de ser confiáveis e estar à disposição das lideranças, para que alimentem os indicadores e os utilizem como matéria-prima para a tomada de decisões (KORBES, 2010).

No Brasil, a produção e a utilização de informações sobre saúde se processam em um contexto complexo de relações institucionais, compreendendo variados mecanismos de gestão e financiamento. Além das estruturas governamentais nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), estão envolvidos outros setores de governo que produzem informações relativas à saúde, instituições de ensino e pesquisa, associações técnico-científicas, agências não governamentais, organismos internacionais e instâncias de controle (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE - RIPSÁ, 2008, p.14).

Complementa o autor, que, a disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. A busca de medidas do estado de saúde da população é uma atividade central em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados de mortalidade e sobrevivência. Com os avanços no controle das doenças infecciosas e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes sociais, passou-se a analisar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros. Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade social.

2.4.1 Assimetria da informação e transparência da informação

Para o Ministério da Saúde, órgão responsável no campo da saúde pública nacional, a disponibilidade de informações com qualidade configura-se como um processo vital para o alcance dos objetivos e das prioridades. O acesso à informação, especialmente para os dirigentes e profissionais da saúde, a fim de se obter o conteúdo preciso, na forma adequada e com a agilidade necessária, é indispensável para a adoção de medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA n.º 1.958, 2004).

Outro ponto a observar sobre a falta de informação numa relação econômica é quando o consumidor ou produtor de um bem detém informações diferenciadas, ou seja, quando um dos agentes econômicos possui mais informações do que o outro, há uma assimetria da informação. Varian (2003, p.767) considera que “a informação assimétrica e imperfeita pode levar a diferenças drásticas na natureza do equilíbrio de mercado”. A assimetria da informação em uma transação econômica possibilita a geração de falhas de mercado, causando uma seleção adversa e/ou um risco moral.

Nogueira e Siqueira (1998) afirmam que desta caracterização do problema da informação decorre vários outros problemas, tais como: problemas de agência, comportamento estratégico, mercados incompletos¹⁵ etc., os quais têm um grande impacto sobre a análise econômica tradicional. Essa gama de problemas é consequência do fato de que o estoque de informação é assimetricamente dividido entre os agentes econômicos, de forma que temos no sistema econômico diferentes indivíduos com diferentes dotações de informação. Além do mais, a capacidade de processamento de informações é limitada e diferenciada entre indivíduos e instituições.

Do ponto de vista do serviço público de saúde em seus âmbitos de atuação o usuário do SUS conta com importantes ferramentas normativas para minimizar a assimetria da informação no que se refere a sua relação junto aos serviços de

¹⁵ O mercado incompleto é caracterizado como sendo o mercado em que mesmo que os custos de produção estejam abaixo dos preços que consumidores estão dispostos a pagar, os bens ou serviços não são ofertados, ou seja, trata do mercado onde não existe possibilidade de ganhos por parte dos produtores (MARIOTTI).

saúde, através da Lei 8.080/1990 no Art. 7º do Capítulo II - Dos Princípios e Diretrizes, no seu inciso VI – que trata da divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário, o controle social, com representação nas instâncias colegiadas das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, além da Lei nº 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Ou seja, o direito a participar de Conselhos e Conferência de Saúde, são mecanismos eficientes disponíveis aos usuários no tocante a participação ativa sobre os interesses da sociedade e o seu bem-estar nas definições das políticas de saúde.

Através da publicação da Lei nº 12.527 de 18/11/2011, em sua alínea “a”, inciso VII, Art. 7º do Capítulo II: Do acesso a informações e da sua divulgação, ressalta a implementação dos indicadores, pelos órgãos públicos entre outras entidades da administração direta e indireta da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, subordinados ao regime desta Lei, (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. LEI Nº 12.527, 2011).

LEI Nº 12.527, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2011.

Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências.

CAPÍTULO II - DO ACESSO A INFORMAÇÕES E DA SUA DIVULGAÇÃO

Art. 7º O acesso à informação de que trata esta Lei compreende, entre outros, os direitos de obter:

[...].

VII - informação relativa:

a) à implementação, acompanhamento e resultados dos programas, projetos e ações dos órgãos e entidades públicas, bem como metas e indicadores propostos;

Brasília, 18 de novembro de 2011; 190º da Independência e 123º da República. (BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, LEI Nº 12.527, 2011).

2.5 Conceito de indicadores

Vieira, Detoni e Braum (2006) conceituam os indicadores como sendo ferramentas básicas para o gerenciamento do sistema organizacional, ou seja, são

medidas usadas para ajudar a descrever a situação atual de um determinado fenômeno ou problema, fazer comparações, verificar mudanças ou tendências e avaliar a execução das ações planejadas durante um período de tempo, em termos de qualidade e quantidade das ações de saúde executadas.

Segundo Graeml (2000), “os indicadores de desempenho são informações que registram e retratam o comportamento de uma atividade, de uma função ou de toda uma organização. Normalmente são representados por valores e grandezas mensuráveis, absolutas ou relacionadas, que variam no tempo e/ou espaço” (*Apud PONTES et al., 2008*).

Outros conceitos de indicadores são descritos pelo Programa de Controle da Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar (2002), onde, indicadores são instrumentos elaborados e usados para valorar o cumprimento dos objetivos e metas. São as variáveis dependentes do modelo experimental, usadas para quantificar o resultado das ações. São critérios explícitos de medida, que permitem estabelecer conclusões objetivas sobre aspectos particulares dos programas.

2.5.1 Indicadores hospitalares

“Os indicadores hospitalares ou medidas de avaliação hospitalar, são instrumentos capazes de complementar a avaliação da situação de saúde de uma comunidade”. (*LAURENTI, et al., 2005*).

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

Para a Associação Paulista de Medicina & Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (1992), as métricas hospitalares são instrumentos utilizados para avaliar a performance hospitalar, envolvendo sua organização, recursos e metodologia de trabalho. Os dados coletados nas diversas áreas do hospital,

quando associados entre si, transformam-se em instrumentos de gestão favoráveis para a avaliação da assistência prestada, quantidade e tipo de recursos envolvidos, controle dos custos gerados na produção dos serviços e grau de resolutividade dos mesmos.

Em que pese o fato de que indicadores são meramente reflexos de uma situação real e, portanto, medidas indiretas e parciais de uma situação complexa, quando calculados sequencialmente, no tempo, podem indicar a direção e a velocidade das mudanças e servem para comparar diferentes áreas ou grupo de pessoas em um mesmo momento (MELLO JORGE, *et al.*, 1992).

Conforme afirmam Moura, *et al.* (2009), Vieira, Detoni e Braum (2006) e Souza e Almeida (2010), que “a concepção de indicadores pode ser entendida como as características mensuráveis da prestação de serviços utilizadas pelo hospital para avaliar e melhorar o seu desempenho e a eficiência da assistência e dos serviços prestados pela instituição de saúde, seja pública ou privada” (*apud* SIMÕES; PAIM e ZUCCHI, 2013).

Afirmam Pontes, *et al.* (2008), utilizar indicadores de desempenho como forma de melhorar o gerenciamento dos hospitais e como forma de comparação de seus resultados tem sido percebido pelos hospitais como fator crítico de sucesso. Esta tendência de trabalhar com indicadores na saúde está sendo evidenciada pela preocupação crescente de instituições como CQH¹⁶; PROHASA¹⁷; SIPAGEH¹⁸ e SINHA¹⁹, que estão construindo gradativamente sua estrutura de indicadores e criando assim referenciais comparativos para o seguimento hospitalar.

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

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

¹⁶ CQH – Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar.

¹⁷ PROHASA - Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar.

¹⁸ SIPAGEH - Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar.

¹⁹ SINHA - Sistema de Indicadores Hospitalares.

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

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

- Indicadores de ensino e pesquisa: número de aluno por docente, número de docente por residente, qualificação dos docentes e/ou preceptores (% com mestrado e doutorado), número de dissertações de mestrado, número de teses de doutorados, número de periódicos nacionais, número de artigos publicados em periódicos internacionais, número de projetos aprovados no Comitê de Ética e pesquisa;
- Indicadores de estrutura: kg roupa lavada (mês), capacidade operacional (leitos), número de consultórios, número de salas cirúrgicas, consultas/mês, exames/mês;
- Indicadores de produção: taxa de ocupação hospitalar, nº de cirurgias por sala / dia, taxa de cirurgias ambulatoriais, percentual de 1ª consulta, percentual de consultas de retorno, percentual de cirurgias de alta complexidade, percentual de cirurgias suspensas, percentual de cirurgias por porte (pequeno, médio e grande), percentual de procedimentos de alta complexidade, número de internações/mês, número de cirurgias e partos;
- Indicadores de produtividade: relação funcionário/leito, funcionários médicos/leitos, funcionários enfermeiro/leitos;
- Indicadores de recursos humanos: número de cursos e treinamentos realizados, horas de treinamento/funcionário;
- Indicadores hospitalares de qualidade: média de permanência, taxa de mortalidade materna, taxa de mortalidade hospitalar, taxa de infecção hospitalar, taxa de infecção em cirurgia limpa, taxa de infecção por cateter venoso central (em Unidade de Tratamento Intensivo - UTI, por 1000 dispositivos), percentual falta dos pacientes a consulta, taxa de parto cesáreo, percentual de parto de alto risco, percentual de parto de risco habitual, percentual de resolutividade das reclamações na ouvidoria, taxa de mortalidade institucional;

- Indicadores financeiros: margem de contribuição, percentual do custo variável em relação à receita total, percentual de execução da capacidade de equilíbrio, superávit ou déficit de receita.

2.5.2 Indicadores econômico-financeiros

Os indicadores econômico-financeiros são abordados por diversos autores de forma particular, mas com o mesmo intuito de medir o desempenho organizacional. Esses indicadores são classificados entre os autores com algumas variações de nomes, mas com a mesma finalidade de mensuração, onde, dividem-se em sua maior parte em: indicadores de liquidez, de endividamento, estrutura de capital, de rentabilidade e de lucratividade, abordados no Quadro 1.

De forma geral esses indicadores são usualmente aplicados a qualquer tipo de empresas, sejam estas privadas ou públicas, de bens ou serviços, sendo, unânime a discussão sobre a importância dos indicadores na gestão das organizações como instrumentos de análise da sua performance econômico-financeira, auxílio ao planejamento organizacional e tomada de decisão.

Quadro 1 – Distribuição dos indicadores econômico-financeiros de acordo com os autores

| Indicador \ Autor | Retorno do investimento | Liquidez | Endividamento | Estrutura de capital | Capital de Giro | Prazo médio | Rotatividade | Atividades | Rentabilidade | Lucratividade | Alavancagem | Viabilidade econômica | Outros |
|-------------------|-------------------------|----------|---------------|----------------------|-----------------|-------------|--------------|------------|---------------|---------------|-------------|-----------------------|--------|
| Bittar (2001) | | x | | | | | | x | x | | x | x | x |
| Martins (2005) | | x | x | | | | | x | | x | | | |
| Silva (2008) | | x | | x | | x | | | | x | | | |
| Souza (2009) | | x | x | | | | | x | x | x | | | |
| Iudícibus (1998) | | x | x | | | | x | | x | | | | |
| Borba (2006) | x | x | | x | x | | | | x | | | | |
| Matarazzo (2003) | | x | | x | | | | | x | | | | |

Fonte: elaborado pelo autor, 2014.

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

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

Levando-se em consideração a análise da instituição hospitalar, percebe-se a pouca visibilidade dos indicadores econômico-financeiros para sua gestão. No geral, discutem-se suas receitas faturadas e despesas. Dentre os motivos da ausência de uso dos indicadores econômico-financeiros, cita-se o desconhecimento da sua importância na análise da sustentabilidade financeira institucional e as limitações nas orientações aos gestores em relação à interpretação desses indicadores por motivo da sua especificidade contábil. A limitação da formação do gestor, na sua maioria médicos, contribui para uma discussão mais rotineira sobre os indicadores hospitalares tradicionais, como: número de internações, média de pacientes-dia, média de permanência, taxas de ocupação, de mortalidade e de infecção hospitalar, proporção de partos cesárias, taxa de cirurgias suspensas, etc.,.

A organização hospitalar deve ser gerida como uma empresa financeiramente sustentável com base na análise de desempenho dos seus resultados financeiros através de métricas econômico-financeiras, que medem sua disposição frente as

suas obrigações financeiras e viabilidade econômica, assumindo uma característica como empresa ofertante de serviços de saúde, ou seja, sua sustentabilidade econômica tem uma perspectiva de aplicação e gerenciamento de recursos financeiros entre a receita gerada por sua produção/procedimentos assistenciais e despesas advindas dos gastos hospitalares.

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

Embora, os indicadores de desempenho econômico-financeiro tenha sua importância gerencial, apresentam viés para análise de performance organizacional, onde, Alves (2011) expõe que medidas tradicionais, em grande parte financeiras e baseadas na contabilidade, por exemplo produtividade e rentabilidade, são inadequadas para medir a performance pelos motivos seguintes:

- Indicadores refletem o passado e não têm capacidade para antecipar o futuro;
- Não incorporam a formulação e implementação da estratégia, não ajudam os gestores a compreender problemas de *performance* e a iniciar ações atempadas;
- Encorajam orientação para curto prazo (ex. valor da empresa no mercado) e para otimização local, por exemplo, minimizar os preços no serviço de provisionamento;
- São irrelevantes para diversas áreas (qualidade, flexibilidade, tempo) e ignoram preocupações relevantes, como sejam o que os clientes desejam e o aperfeiçoamento contínuo;
- A afetação de custos é baseada em trabalho direto, quando o peso deste diminuiu acentuadamente e agora os custos fixos são majoritários por regra;
- São susceptíveis de confusão e manipulação, (HAYES e ABERNATHY, 1980; SCHMENNER, 1988; CAMP, 1989; KAPLAN e NORTON, 1992; GHALAYINI e NOBLE, 1996; NEELY, GREGORY e PLATTS, 2005; CHOW, 2006).

2.6 Características de um indicador

Pode-se definir indicador como “dados ou informações numéricas que quantificam as entradas (recursos ou insumos), saídas (produtos) e o desempenho de processos, produtos e de uma organização como um todo” (Fundo Nacional da Qualidade – FNQ, 2005). Constituem a representação quantificada da qualidade de um produto ou serviço (*Apud* PROGRAMA CQH, 2009).

Takashina (2004 *apud* VIEIRA, DETONI E BRAUM, 2006), apresenta as principais características de bons indicadores de qualidade, conforme segue:

- a) Exatidão – possibilidades mínimas de erro;
- b) Confiabilidade – mesmas medidas podem ser obtidas por diferentes pesquisadores, frente a um mesmo evento;
- c) Pertinência - estar correlacionado ao fenômeno ou critério que está sendo examinado;
- d) Simplicidade - fácil de entender - a facilidade para que qualquer um tire suas conclusões a partir de um indicador é fundamental para a sua utilidade;
- e) Validade – medir efetivamente o fenômeno ou critério;
- f) Sensibilidade – detectar as variações no comportamento do fenômeno que examina;
- g) Econômico - indicadores que dão trabalho para serem calculados não funcionam;
- h) Disponível a tempo - dados atrasados não representam mais a situação atual. Devem estar disponíveis antes que a situação mude;
- i) Compatível - ser compatível com os métodos de coleta disponíveis.

O Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), 2009, destaca as qualidades esperadas em um bom indicador, tais como:

- a) Simplicidade - quanto mais simples e clara for a relação matemática do indicador menos distorções apresentará;
- b) Inteligibilidade - de fácil entendimento aos usuários e analistas do mesmo;
- c) Objetividade - não depender da interpretação do observador;
- d) Estabilidade - seus elementos (numerador e denominador) são constantes ao longo do tempo;

- e) Especificidade - capta eventos bem definidos;
- f) Sensibilidade - capaz de captar pequenas flutuações ou variações no requisito estudado;
- g) Rastreabilidade - conhecimento e controle de suas variáveis;
- h) Baixo Custo de Obtenção – utiliza os relatórios e boletins rotineiros da instituição.

Pereira (2009) descreve que um indicador estratégico e suas respectivas métricas devem:

- a) Ser compreensíveis;
- b) Ter aplicação fácil;
- c) Ser interpretados uniformemente;
- d) Ser compatíveis com o processo de coleta de dados existente;
- e) Ser precisos quanto à interpretação dos resultados;
- f) Oferecer subsídios para o processo decisório.

A Rede Interagencial de Informação para a Saúde (2008, p.13), descreve que:

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados). O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua *validade* (capacidade de medir o que se pretende) e *confiabilidade* (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares). Em geral, a validade de um indicador é determinada por sua *sensibilidade* (capacidade de detectar o fenômeno analisado) e *especificidade* (capacidade de detectar somente o fenômeno analisado). Outros atributos de um indicador são: *mensurabilidade* (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir), *relevância* (responder a prioridades de saúde) e *custo-efetividade* (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos). Espera-se que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade, e que sejam compreensíveis pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde.

2.7 Perspectivas de atuação dos indicadores

Kaplan e Norton (1998 *apud* OLIVEIRA, 2009), consideram que os indicadores e as medidas podem ocorrer em quatro grandes campos ou perspectivas:

- a) Perspectivas financeiras, na qual se procura responder à questão: “Como estamos indo na perspectiva das *peças de fora* que estão interessadas nos resultados da empresa?”.

As *peças de fora* podem ser os acionistas, o governo, as instituições financeiras, os fornecedores, a comunidade.

- b) Perspectivas dos clientes e do mercado, na qual se procura responder à questão: “Como nossos clientes nos veem?”.

Verifica-se que essa abordagem está focada nos usuários ou clientes da empresa.

- c) Perspectivas dos processos internos, em que o básico é responder à questão: “No que devemos ser realmente bons?”.

Portanto, a preocupação essencial é determinar os aspectos em que a empresa deve superar-se. Entretanto, o que se deve procurar medir é o que a empresa deve fazer, internamente, para satisfazer – e talvez suplantar – às necessidades e expectativas de seus clientes.

- d) Perspectiva de inovação e do aprendizado, na qual se procura responder à questão: “Podemos continuar melhorando e adicionando valor?”

A habilidade da empresa para inovar, melhorar e aprender está relacionada a seu valor como empresa.

Oliveira (2009) acrescenta uma quinta perspectiva, para qual, as empresas modernas devem estar atentas:

- e) Perspectiva de responsabilidade social, na qual as empresas devem procurar responder à seguinte questão: “Para consolidarmos efetiva, evolutiva e acumulativa atuação social, quais resultados devemos apresentar para a comunidade?”

Compartilhado das perspectivas de Kaplan e Norton (1998) e Oliveira (2009), sugeri-se a necessidade de uma sexta perspectiva:

A sustentabilidade já é uma premissa adotada nas empresas modernas, as quais se utilizam como diferencial em suas estratégias de mercado. A Perspectiva da sustentabilidade organizacional deverá agregar as perspectiva financeira, de clientes e mercado, de processos internos, de inovação e responsabilidade social, alinhadas à responsabilidade ambiental.

Para Beuren (2000), denota-se, pois, que a definição de indicadores de desempenho deve ser analisada sob duas dimensões. A primeira consiste na definição explícita de um modelo conceitual de desempenho do negócio que conecte as ações operacionais da empresa a seus resultados econômicos, de modo que as medições façam sentido para todos os membros da organização. A segunda dimensão refere-se à identificação das características específicas, que deverão estar presentes nos indicadores que irão compor os sistemas de avaliação estratégica de desempenho. Em síntese, nessa perspectiva, o modelo deverá contemplar os processos específicos necessários, os *inputs* e *outputs* do sistema, bem como a ligação destes com outros processos do ambiente organizacional.

2.8 Tipologia dos indicadores

Uma dimensão relevante na gestão de um serviço de saúde é o uso efetivo dos dados qualitativos e quantitativos disponíveis, como por exemplo os relativos ao desempenho dos processos, satisfação de clientes, aplicação de seus recursos, entre outros, que podemos chamar de indicadores de qualidade e produtividade (Programa CQH, 2009). Qualidade é para medir a eficácia do processo, e produtividade é para medir a eficiência do processo. Servem para termos base na tomada de decisões do processo (ROSINI e PALMISANO, 2012, p.77).

Para Vieira, Detoni e Braum (2006), os Indicadores de qualidade (eficácia), focam as medidas de satisfação dos clientes e as características do produto/serviço;

Segundo Takashina (2004 *apud* VIEIRA, DETONI e BRAUM, 2006), os principais tipos de indicadores são:

- a) Indicadores estratégicos - informam o “quanto” a organização se encontra na direção da consecução de sua visão. Refletem o desempenho em relação aos fatores críticos para o êxito;
- b) Indicadores de produtividade (eficiência) - medem a proporção de recursos consumidos com relação às saídas do processo;
- c) Indicadores de qualidade (eficácia) - focam as medidas de satisfação dos clientes e as características do produto/serviço;

- d) Indicadores de efetividade (impacto) - focam as consequências nos produtos/serviços. Fazer a coisa certa da maneira certa;
- e) Indicadores de capacidade - medem a capacidade de resposta de um processo através da relação entre as saídas produzidas por unidade de tempo.

2.8.1 Tipologia dos indicadores hospitalares

De acordo com a Portaria n.º 312 / 2002 do Ministério da Saúde, estabeleceu-se a Padronização da Nomenclatura no Censo Hospitalar, com os seguintes indicadores hospitalares apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 – Tipologia dos indicadores hospitalares tradicionais

| Indicador/ Índice | Método de cálculo | Conceituação | Interpretação | Tipo | Frequência |
|------------------------------------|---|--|---|-------------|-------------------|
| Média de pacientes-dia (1) | nº. de paciente-dia em determinado período/ nº. de dias no mesmo período | Relação entre o número de pacientes-dia e o número de dias, em determinado período. | Representa o número médio de pacientes em um hospital. | Número | Diário |
| Média de permanência (2) | Total Pacientes-dia / Total de Saídas. | Relação entre o total de pacientes-dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. | Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital. Corresponde ao número médio de pacientes-dia, serviços prestados individualmente a cada paciente, determinado período de tempo. Esse indicador é do tipo “quanto menor melhor”, aumentando a rotatividade do leito operacional. | Dias | Mensal |
| Taxa de ocupação hospitalar (3) | = Número de Paciente-dia em determinado período / Leitos Operacionais Dia no mesmo período x 100 | Relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período, porém considerando-se para o cálculo dos leitos dia no denominador os leitos instalados e constantes do cadastro do hospital, incluindo os leitos bloqueados e excluindo os leitos extras. | Avalia o grau de utilização dos leitos operacionais no hospital como um todo. Mede o perfil de utilização e gestão dos leitos operacionais no hospital. Recomendado entre 75% a 85% de ocupação (ANS/MS, 2012). Indicador tipo “quanto maior melhor”, desde que dentro de sua capacidade instalada. | % | Mensal |
| Taxa de mortalidade hospitalar (4) | =(Número de óbitos em determinado período / Número de saídas no mesmo período) x 100 | Relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes internados e o número de pacientes que tiveram saída do hospital, em determinado período. | Mede a proporção dos pacientes que morreram durante a internação hospitalar. Esse indicador é do tipo “quanto menor melhor”. | % | Mensal |
| Taxa de infecção hospitalar (5) | = (Número de infecções atribuíveis ao hospital em determinado período / Número de saídas (altas e óbitos) no mesmo período) x 100 | É a relação percentual entre o número de infecções adquiridas pelo paciente, durante sua permanência no hospital, em determinado período, e o número de pacientes saídos (altas e óbitos) no mesmo período. | Esse indicador é do tipo “quanto menor melhor”. Pois uma menor taxa de infecção indica um melhor controle dos eventos adversos de risco ao paciente com uma maior perspectiva de qualidade no atendimento e menor risco de vida. | % | Mensal |

Quadro 2 – Tipologia dos indicadores hospitalares tradicionais

(Continuação)

| Indicador/ Índice | Método de cálculo | Conceituação | Interpretação | Tipo | Frequência |
|----------------------------------|---|---|---|------|------------|
| Proporção de partos Cesárias (6) | = (Número de nascidos vivos de partos cesáreos / Número total de nascidos vivos de partos hospitalares) x 100 | Percentual de partos cesáreos no total de partos hospitalares, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. | Mede a participação relativa dos partos hospitalares no total de partos. O número de nascidos vivos é adotado como uma aproximação do total de partos. É influenciado por fatores socioeconômicos, pela infraestrutura de prestação de serviços e por políticas públicas assistenciais e preventivas. Esse indicador é do tipo “quanto menor melhor”. | % | Mensal |
| Taxa de cirurgias suspensas (7) | = (Número de Cirurgias suspensas em determinado período / Número total de cirurgias agendadas no mesmo período) x 100 | Relação do percentual de cirurgias suspensas no total de cirurgias agendadas em determinado período, | Indica a eficiência do hospital em realizar as cirurgias no total de cirurgias agendadas. Quanto menor o percentual de suspensão de cirurgias no período mostra que o hospital está sendo eficiente na realização de seus procedimentos cirúrgicos, melhorando sua capacidade produtiva e de faturamento. | % | Mensal |

Fonte: Indicadores 1, 2, 3, e 4 – Portaria GM/MS n.º 312 de 30 de abril de 2002. Adaptado pelo autor, 2014.

Fonte: Indicador 5 - Ministério da Saúde. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Conceitos e definições em saúde. 1977. Adaptado pelo autor, 2014.

Fonte: Indicador 6 - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Adaptado pelo autor, 2014.

Fonte: Indicador 7 – Ministério da Saúde. Adaptado pelo autor, 2014.

2.8.2 Tipologia dos indicadores econômico-financeiros

De acordo com Bernstein e Wild (2000), Fridson e Alvarez (2002), Penman (2007), Silva (2010) e Matarazzo (2010), *apud* Souza, *et al.* (2009), os indicadores para a análise de desempenho econômico-financeiros mais proeminentes são apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 – Tipologia dos indicadores econômico-financeiros

| Indicador/ Índice | Método de cálculo | Conceituação | Interpretação | Tipo | Frequência |
|--|---|---|--|--------|------------|
| <p>Índices de Liquidez: O grupo de índices de liquidez mostra a capacidade do hospital no que se refere ao pagamento de suas obrigações (dívidas) de curto prazo no vencimento. Esses índices apresentam a base da situação financeira do hospital.</p> | | | | | |
| Liquidez Geral | $= \frac{\text{Ativo Circulante} + \text{Ativo Realizável a Longo Prazo}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Exigível a Longo Prazo}}$ | Indica o quanto o hospital possui em dinheiro e direitos de curto e de longo prazo para pagar o total de suas dívidas. | Indica quanto o hospital possui de Ativo Circulante somado com o Realizável a Longo Prazo para cada R\$ 1,00 de dívida total, portanto, quanto maior o valor desse índice melhor a situação da empresa. | Número | Mensal |
| Liquidez Corrente | $= \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$ | Indica quanto o hospital possui de bens e direitos de curto-prazo para arcar com as suas dívidas incidentes no mesmo período. | Esse índice relaciona quantos reais a empresa tem de Ativo Circulante para cada R\$ 1,00 de dívida no Passivo Circulante, comparados aos realizáveis vencíveis e obrigações exigíveis no exercício, observando as dívidas de curto prazo. Quanto maior for este índice, melhor será a situação da empresa. Quando esse índice é menor do que um, em determinados casos, pode indicar uma tendência para a situação de insolvência. | Número | Mensal |

Quadro 3 – Tipologia dos indicadores econômico-financeiros

(Continuação)

| Indicador/ Índice | Método de cálculo | Conceituação | Interpretação | Tipo | Frequência |
|--|---|--|--|------|------------|
| Índices de Endividamento: O endividamento hospitalar diz respeito ao montante de recursos de terceiros que estão financiando os ativos do hospital, apresentando, portanto, a dependência do hospital com relação a capitais de terceiros. Essa categoria de índices mostra a probabilidade de uma organização hospitalar pagar ou não as suas dívidas e analisa a composição das fontes de financiamento dos Ativos do hospital. | | | | | |
| Imobilização do Patrimônio Líquido | $= (\text{Ativo Permanente} / \text{Patrimônio Líquido}) \times 100.$ | Indica quanto do Patrimônio Líquido do hospital foi aplicado no Ativo Permanente. | Assim, indica, para cada R\$ 100,00 reais de Patrimônio Líquido hospitalar, quanto foi investido no Ativo Permanente. É do tipo “quanto maior, pior”, pois quanto maior a porcentagem de Ativo Imobilizado no PL, menor será o valor dos recursos que poderão ser investidos no Ativo Circulante do hospital, podendo ocasionar uma dependência de capital de terceiros, gerando um endividamento do hospital. | % | Mensal |
| Participação de Capital de Terceiros | $= [(\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Exigível a Longo Prazo}) / \text{Patrimônio Líquido}] \times 100.$ | Indica qual é o percentual do capital de terceiros em relação ao patrimônio líquido do hospital. | É do tipo “quanto maior, pior”, pois mostra o valor da dependência da empresa em relação aos recursos de terceiros e, conseqüentemente, o aumento do endividamento da empresa e do seu risco de insolvência. Indica o capital de terceiros para cada R\$ 100,00 reais de Patrimônio Líquido hospitalar. | % | Mensal |
| Composição do Endividamento | $= [\text{Passivo Circulante} / (\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Exigível a Longo Prazo})] \times 100$ | Indica o percentual da dívida total que o hospital deve pagar no curto prazo (próximo exercício) em relação ao total das suas dívidas. | Quanto maior a dívida de curto prazo, maior o risco de insolvência do hospital.. Esse índice é do tipo “quanto maior pior”. | % | Mensal |

Quadro 3 – Tipologia dos indicadores econômico-financeiros

(Continuação)

| Indicador/ Índice | Método de cálculo | Conceituação | Interpretação | Tipo | Frequência |
|--|--|---|--|--------|------------|
| Índice de Cobertura de Juros | = Lucro Antes dos Juros e Imposto de Renda / Despesas Financeiras. | Indica a capacidade do hospital de pagar juros a seus credores (pagar as suas despesas financeiras). | Indica quantos reais o hospital terá de lucro operacional para cada R\$ 1,00 de juros pagos. É do tipo quanto maior melhor, pois quanto maior esse índice, maior a capacidade do hospital pagar juros a seus credores. | Número | Mensal |
| Índice de Endividamento Geral | = (Passivo Circulante + Passivo Exigível a Longo Prazo) / Ativo Total. | Indica o montante de ativos do hospital que são financiados com recursos de terceiros. | Assim, indica quantos reais de exigível total financia cada R\$ 1,00 de ativo. | Número | Mensal |
| <p>Índices de Atividades: Os índices de atividades refletem um pouco da dinâmica dos hospitais, dado que as demonstrações dos mesmos representam uma situação estática da estrutura patrimonial. Os índices desse grupo são muito úteis, pois, quando usados conjuntamente, evidenciam o Ciclo Financeiro do hospital que é um fator determinante da necessidade que ele terá de capital de giro, afetando a sua lucratividade, a liquidez e o endividamento.</p> | | | | | |
| Prazo Médio de Rotação de Estoque | = (Estoque médio / Custo dos Serviços Prestados) x Dias do Período. | Indica quantos dias ou período de tempo, em média, que os materiais e medicamentos ficam armazenados no hospital antes de serem utilizados (número médio de dias de estocagem). ou seja, quantos dias o hospital demora para girar seus estoques ou ainda indica o número médio de dias de estocagem. | Esse índice é do tipo “quanto maior, pior” pois quanto maior o tempo em que o estoque fica parado, mais o hospital perde oportunidades de realizar novos investimentos, ou seja, os recursos dispendidos para imobilização do estoque, que está parado, poderiam ter sido utilizados para outros fins. Representa quantos dias são necessários para a completa renovação do estoque. | Dias | Mensal |

Quadro 3 – Tipologia dos indicadores econômico-financeiros

(Continuação)

| Indicador/ Índice | Método de cálculo | Conceituação | Interpretação | Tipo | Frequência |
|---|--|---|---|--------|------------|
| Prazo Médio de Recebimento de Serviços Prestados | = (Duplicatas a Receber ou Contas a Receber médias / Receita Operacional Bruta) x Dias do Período. | Indica qual o período de tempo (dias, semanas, meses) que o hospital leva, em média, para receber dos convênios, particulares ou do SUS pelos serviços prestados. | Os dados obtidos com este índice ajudam o hospital a avaliar o seu risco de crédito, pois analisado isoladamente ele é do tipo “quanto maior pior”, já que quanto maior os prazos maiores são os riscos de recebimento. | Dias | Mensal |
| <p>Índices de Lucratividade: O grupo de índices de lucratividade demonstra o lucro ou superávit do hospital baseado em suas receitas ou faturamento. Esse grupo permite avaliar os resultados financeiros, ou a lucratividade do hospital em relação às suas receitas.</p> | | | | | |
| Margem Bruta | = Lucro Bruto / Receita Operacional Líquida. | Indica a margem bruta da receita em relação à eficiência do serviço prestado pelo hospital. | É do tipo “quanto maior, melhor” indicando quanto será o lucro bruto em R\$ para cada R\$ 1,00 de faturamento líquido no período. | Número | mensal |
| Margem Líquida ou Superávit do hospital em relação à receita operacional líquida do período | = (Lucro Líquido ou superávit / Receita Operacional Líquida) x 100. | Fornecer o percentual de lucro que o hospital está obtendo em relação a seu faturamento. | Também é do tipo “quanto maior, melhor” indicando quanto será o lucro líquido em R\$ para cada R\$ 100,00 de faturamento líquido no período. | % | Mensal |
| Margem Operacional | = Lucro Operacional / Receita Operacional Líquida. | ---- | Indica quanto de lucro operacional o hospital gerou para cada R\$ 1,00 de receita operacional líquida. | Número | mensal |

Quadro 3 – Tipologia dos indicadores econômico-financeiros

(Continuação)

| Indicador/ Índice | Método de cálculo | Conceituação | Interpretação | Tipo | Frequência |
|--|--|--|--|--------|------------|
| <p>Índices de Rentabilidade: O grupo de índices de rentabilidade demonstra o retorno dos capitais investidos no hospital, ou seja, indica quanto os investimentos renderam. Esse grupo permite avaliar os resultados financeiros do hospital em relação aos investimentos realizados e aos retornos dos proprietários, apresentando, portanto, o grau de êxito econômico do hospital.</p> | | | | | |
| Giro do Ativo ou <i>Turnover Asset</i> | = Receita Operacional Líquida (que compreende os ganhos com a prestação de serviços hospitalares) / Ativo Total. | Mostra se o hospital está prestando um volume apropriado de serviços ao estabelecer a relação entre os serviços prestados no período e os investimentos totais efetuados no hospital. | Indicando o quanto esse faturou para cada R\$ 1,00 de investimento no ativo total. É do tipo “quanto maior melhor”. | Número | Mensal |
| Retorno Sobre o Ativo ou <i>Return on Assets</i> | = (Lucro Líquido / Ativo Total) x 100 | É uma medida do potencial de geração de lucro da parte do hospital, indicando o percentual de superávit ou de lucro líquido obtido em relação ao investimento total no ativo do hospital. | Indica quanto de rentabilidade que o hospital propiciou em relação aos seus ativos totais. É do tipo “quanto maior, melhor”, pois indica o nível de eficiência com que são utilizados os recursos aplicados no hospital. Esse índice é dado pela porcentagem da divisão do superávit ou lucro líquido pelo ativo total e indica o valor em R\$ do superávit ou lucro líquido no período para cada R\$ 100,00 investido pelo hospital no ativo total. | % | Mensal |
| Retorno Sobre o Patrimônio Líquido ou <i>Return on Equity</i> | = (Lucro Líquido ou superávit / Patrimônio Líquido médio) x 100 | Indica o percentual de lucro líquido ou superávit em relação aos recursos ou capital próprios, podendo ser comparado com outras opções de investimento no mercado, tais como poupança, fundos e outras ações e negócios. | É um índice de particular interesse para os acionistas e futuros investidores, pois indica o quanto estarão obtendo de retorno anual (prêmio) em relação aos seus investimentos no hospital; o lucro, portanto, é o prêmio do investidor pelo risco do negócio. Esse indicador é do tipo “quanto maior, melhor”, indicando a rentabilidade em R\$ para cada R\$ 100,00 aplicados pelos proprietários ou acionistas do hospital. | % | Mensal |

Fonte: Adaptado pelo autor, 2014.

2.9 Sistemas de indicadores e avaliação estratégica de desempenho

A valorização da utilização de indicadores assistenciais no monitoramento do desempenho dos sistemas de serviços de saúde cresceu de forma significativa nas últimas décadas. A expansão do Sistema Único de Saúde/SUS e do Sistema de Saúde Suplementar, e as formas de gestão adotadas estimularam o uso de indicadores na avaliação do desempenho, qualidade e segurança nos hospitais, sendo propostos sistemas de indicadores (SCHOUT e NOVAES, 2007).

Para Machado e Kuchenbecker (2007), os contratos de gestão, dão materialidade ao processo de acompanhamento e avaliação sistemática de desempenho. Pressupõem o desenvolvimento da capacidade de gestão e avaliação de desempenho seja de parte dos gestores do SUS, seja de parte dos hospitais, além de sistemas apurados de informação e respectivos indicadores de maneira a conferir maior transparência e acurácia avaliativa.

Um sistema de medição eficiente não se limita em apenas medir, mas em estabelecer métricas que possam aferir resultados, bem como monitorar, orientar e induzir a performance da organização e, principalmente, apoiar os processos decisórios de modo a reorientar as ações e o conseqüente rumo da organização (PONTES, *et al.*, 2008).

Conforme Carvalho e Barbosa (2010), o sistema de monitoramento é fundamental para o acompanhamento da evolução das situações e para análise dos resultados das ações, visando modifica-la a tempo. Os objetos de monitoramento são: o seguimento dos problemas, por meio dos seus descritores, dos indicadores de nós críticos e das variantes mais importantes; o seguimento das operações, por meio dos recursos, produtos, resultados e variantes mais importantes e do seguimento das conversações, por meio das diretivas, das declarações, dos compromissos, etc.

O sistema de monitoramento deve contar com a possibilidade de transformar informação primária em informação relevante (indicadores) e ainda expressar os indicadores por um sistema de sinais, incluindo zonas (faixas) de comportamento esperado para cada indicador, com respectivo piso e teto. Um indicador com resultado fora dessa zona seria identificado com sinal específico.

Num sistema de acompanhamento do Planejamento Estratégico, por meio dos indicadores os quais monitoram as atividades planejadas, ressalta-se a ferramenta de gestão à vista. De acordo com Oliveira (2009), gestão à vista é o processo em que os indicadores, parâmetros e critérios de avaliação, bem como a realidade atual das atividades, ficam disponíveis para acompanhamento e possível interação e intervenção de todos os demais envolvidos, de forma direta ou indireta, nas atividades consideradas.

Para McGee e Prusak (1994, p.184), as avaliações estratégicas de desempenho constituem o conjunto integrado de avaliações e processos de gestão que ligam a estratégia à execução. Destacando-se os três componentes que devem ser envolvidos pela avaliação estratégica de desempenho:

- Um conjunto de indicadores de desempenho abrangendo medidas financeiras e não financeiras;
- Processos de gestão claramente definidos para se adaptarem aos indicadores;
- Uma infraestrutura para coletar, filtrar, analisar e propagar indicadores importantes a quem dê direito dentro da organização.

Beuren (2000), conclui que a avaliação estratégica de desempenho requer a integração dessas três áreas, pois a excelência individual não resulta em sucesso no aperfeiçoamento duradouro e significativo da definição e execução da estratégia empresarial. Portanto, a avaliação estratégica de desempenho nas organizações requer a interação entre indicadores, processos de gestão e infraestrutura de suporte.

2.10 Instrumentos de regulamentação para implantação de indicadores no âmbito do SUS

Cita-se como exemplos de instrumentos de regulamentação para implantação de indicadores como ferramenta no auxílio à gestão da saúde no âmbito do SUS: Decreto n.º 7.508/2011, a Portaria n.º 3.390/2013, Resolução n.º 5/2013, entre outros.

Decreto n.º 7.508/2011, este regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Na Seção II - Do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), em seus § 1º e 2º do Art. 35, observa-se abaixo:

§ 1º O Ministério da Saúde definirá indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde.

§ 2º O desempenho aferido a partir dos indicadores nacionais de garantia de acesso servirá como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde em todas as Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais (BRASIL. DECRETO N.º 7.508, 2011).

E no âmbito de regulação hospitalar através dos indicadores de desempenho, de processo e resultados, por vez da Portaria n.º 3.390/2013, Seção VI - Do Eixo de Responsabilidades das Esferas de Gestão, em seu Inciso IX, § 1º Art. 32, destaca-se.

§ 1º Compete ao Ministério da Saúde:

IX - estabelecer, de acordo com a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar, por meio de indicadores de desempenho, de processos e de resultados; (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA N.º 3.390, 2013).

Por intermédio da Resolução n.º 5/2013, que Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre as regras do processo de pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

Art. 3º Fica estabelecido rol único de indicadores para pactuação nacional, classificados em universais e específicos, vinculados às diretrizes do Plano Nacional de Saúde, de modo a refletir a implantação das políticas prioritárias no âmbito do SUS, respeitado o § 4º do art. 30 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. RESOLUÇÃO N.º 5, 2013).

3 MÉTODO E RESULTADOS

A pesquisa tomou por base a literatura e prática existente relativamente ao uso de indicadores de desempenho na área de saúde, resenhada na seção anterior, e, a partir disso, foi estruturada de forma a sugerir a extensão/suplementação do modo tradicional de utilização dos referidos indicadores através da consideração simultânea de múltiplos aspectos e dimensões da área de saúde. Destaque particular é dado à tentativa de incorporar a dimensão econômico-social da questão, como sugerido pela análise econômica.

Em virtude do seu papel social na prestação de serviços de saúde à sociedade, a organização hospitalar deve ser analisada de forma ampla e integrada por meio dos seus múltiplos indicadores. Essa análise é apresentada levando-se em consideração dois novos pontos de vista que complementarão a análise dos indicadores tradicionais e econômico-financeiros, ou seja, possibilitará ao gestor hospitalar uma análise multidimensional, acrescida das dimensões de custo-benefício (bem-estar social) e socioeconômica e demográfica:

- a) Sob a ótica da análise econômica de custo-benefício e bem-estar social: análise de sua eficiência na operacionalização dos recursos investidos, ou seja, por meio do cruzamento de indicadores de estrutura e indicadores de produção, buscando mensurar o custo-benefício e impactos dos serviços de saúde gerados à população;
- b) Organização hospitalar como instrumento de intervenção do governo: análise através dos indicadores socioeconômicos e demográficos, capazes de medir a eficiência na implementação de políticas públicas de saúde no campo hospitalar.

O primeiro ponto de vista da organização hospitalar, entendida como uma prestadora de serviço assistencial de saúde, toma por base a análise econômica de bens públicos e recursos comuns. Por esse prisma, classifica-se a assistência à saúde como um bem privado com características de um bem de mérito²⁰, ou seja,

²⁰ Bem de mérito ou quase-público é o bem que mesmo sendo comercializado pela iniciativa privada, o governo também deva produzi-lo para atender as necessidades da classe menos favorecida economicamente, a qual não dispõe de recurso financeiro para consumi-lo.

que pode ser tratado como um bem quase-público devido às importantes externalidades associadas ao provimento de atendimento à saúde.

Para minimizar a exclusão de um bem de mérito, exemplo da saúde, o governo brasileiro dispõe do Serviço Único de Saúde que atende a todos os cidadãos, especialmente a população de baixo poder aquisitivo que não pode pagar pelos serviços de alto custo hospitalar. Os serviços de saúde também são produzidos pelos hospitais particulares e operadoras de seguro-saúde.

A relação entre o investimento em atenção à saúde e o benefício do atendimento à população, pode ser representada pelo confronto entre o custo do investimento/oferta do serviço de saúde que a unidade hospitalar está disposta a oferecer à sociedade e a demanda dos usuários pelo atendimento dos serviços assistenciais de saúde.

Por exemplo, investimentos na infraestrutura hospitalar podem resultar na ampliação da capacidade instalada em termos do número de leitos, salas cirúrgicas, exames e equipamentos mais modernos disponíveis para a operacionalização dos serviços ofertados, sendo disponibilizados maior número de atendimentos de consultas, exames, cirurgias etc., o que gera benefícios potenciais para a população. De forma a avaliar tanto os custos incorridos quanto os benefícios gerados e estimar os ganhos ou perdas líquidas da atividade de atenção à saúde, vários indicadores podem ser utilizados que objetivam capturar a dimensão sócio-econômica dos custos e benefícios envolvidos, para além dos dados meramente financeiros.

No Quadro 4 estimam-se os benefícios e os impactos gerados à população quando há um investimento na capacidade operacional, quando os indicadores de produção/resultados apresentam uma relação direta com os indicadores de estrutura.

Quadro 4 - Indicadores de estrutura versus indicadores de produção/resultados, benefício e impacto gerado à população

| CUSTO | CRUZAMENTO DE INDICADORES | | | BENEFÍCIO | BEM ESTAR SOCIAL |
|---------------------------------|---|---------------|---|--|---|
| Oferta do serviço | Indicador de estrutura | Versus | Indicador de produção/resultados | Benefício gerado à população | Impacto gerado à população |
| Ampliação dos leitos | Número de leitos e camas | X | Número de internações Taxa de ocupação hospitalar | Disponibilizar de acordo com a capacidade operacional instalada o maior número de leitos disponíveis. | Reduzir a demanda reprimida, como maior quantidade de internação e tratamento dos pacientes. |
| Ampliação dos consultórios | Número de consultórios | X | Número de consultas agendadas Número de consultas realizadas Número de absenteísmo dos pacientes às consultas | Disponibilizar de acordo com a capacidade operacional instalada de consultórios o maior número de atendimentos aos pacientes. | Aumento das consulta e tratamento dos pacientes. Melhoria da qualidade de vida da população. |
| Construção de salas cirúrgicas | Número de salas de cirurgias ambulatoriais | X | Número de cirurgias ambulatoriais realizadas Taxa de cirurgias ambulatoriais | Disponibilizar de acordo com a capacidade operacional instalada de salas de cirurgias o maior número de atendimentos aos pacientes. Redução do tempo de espera dos pacientes para realização da cirurgia. | Aumento do tratamento dos pacientes e melhoria da qualidade de vida da população. |
| | Número de salas cirúrgicas no centro cirúrgico | X | Número de cirurgias realizadas Número de cirurgias suspensa Percentual de cirurgias por porte (peq., méd. e grande) Percentual de cirurgias por complexidade (média e alta complexidade) | | |
| | Número de salas cirúrgicas no centro obstétrico | X | Número de partos Percentual de partos por risco (habitual e alto risco) Taxa de partos cesarianos | Disponibilizar de acordo com a capacidade operacional instalada de salas de cirurgias obstétricas o maior número de atendimentos às pacientes gestantes. | |
| Aquisição de novos equipamentos | Número de equipamento de exame e diagnóstico | X | Número de exames realizados/dia | Disponibilizar maior capacidade operacional instalada de equipamentos de exames e diagnóstico aos pacientes. | Fornecer os exames necessários com maior qualidade e diagnóstico mais precisos aos pacientes. |

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

Em relação ao segundo ponto de vista, deve-se ter em mente que a Constituição Federal de 1988, no Art. 196, afirma-se que, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas”, e no Art. 197 é dito que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. Neste sentido, o segundo ponto de vista, da organização hospitalar como instrumento de intervenção do governo é percebida pelo impacto da análise dos indicadores socioeconômicos e demográficos, que vai além da análise interna (métricas tradicionais hospitalares e econômico-financeiras), ou seja, o enfoque desta análise abrange o macroambiente por meio da implementação das políticas públicas atribuídas ao papel dos hospitais na rede assistencial de saúde e seu impacto na qualidade de vida da população por meio da avaliação de impacto.

A avaliação de impacto é aquela que focaliza os efeitos ou impactos produzidos sobre a sociedade e, portanto, para além dos beneficiários diretos da intervenção pública, avaliando-se sua efetividade social. Dois pressupostos orientam a avaliação de impacto. O primeiro reconhece propósitos de mudança social na política em análise e, neste caso, faz sentido estruturar a investigação para mensurar seus impactos. O segundo pressuposto é o que estrutura a análise com base em uma relação causal entre a política ou programa e a mudança social provocada. Pode-se constatar empiricamente mudanças, proceder à sua diferenciação, à sua quantificação, etc. Contudo, para se analisar o impacto dessas mudanças, é preciso estabelecer a relação causa-efeito entre estas e a ação pública realizada por meio da política. Em suma, não basta constatar a ocorrência da mudança; é preciso provar que foi causada pelo programa. Sendo assim, a avaliação é *instrumental de análise* para avaliar a eficiência, a eficácia – e, portanto, o processo da política ou programa – e a efetividade – ou seja, os impactos das ações promovidas pela política ou programa (CARVALHO, 2003).

Um eficiente monitoramento dos resultados de um projeto estabelecido depende da inclusão de uma avaliação do impacto. A avaliação decidirá em que medida e melhoria de resultados derivam da ação implementada por essas políticas ou programas (DIAS, 2012 *apud* CASTRO; GONTIJO e AMABILE, 2012, p.329).

As metas a serem alcançadas referentes aos projetos e programas no campo das políticas públicas, exigem um instrumento de monitoramento contínuo alinhado à definição de metas claras que gerem uma melhoria no processo de distribuição dos recursos disponibilizados, contribuindo no estabelecimento de prioridades da política. É que o desempenho das políticas públicas a serem implementadas

depende das metas estabelecidas (DIAS, 2012 *apud* CASTRO; GONTIJO e AMABILE, 2012, p.329).

A autora enfatiza ainda que “nesse sentido, a escolha dos indicadores e alvos das metas deve ser orientada pelo contexto do território e baseada no diagnóstico e análise técnica das condições econômicas e sociais”. Os indicadores, assim como as fotografias, retratam em geral a realidade social em forma de um número (JANNUZZI, 2009, p.22).

No Quadro 5 exemplifica-se alguns indicadores socioeconômicos e demográficos que suplementam de forma diferenciada a análise e gestão das unidades hospitalares, influenciadas pelas políticas públicas sociais-econômicas, que buscam impactar as atuações econômicas e de qualidade dos serviços prestados.

Quadro 5 – Indicadores socioeconômicos e demográficos

| Indicador/ Índice | Método de cálculo | Conceituação | Interpretação | Tipo | Frequência |
|---------------------------|---|--|---|------|------------|
| Taxa de analfabetismo (1) | = (Número de pessoas residentes de 15 e mais anos de idade que não sabem ler e escrever um bilhete simples, no idioma que conhecem / População total residente desta faixa etária) x 100 | Percentual de pessoas com 15 e mais anos de idade que não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples, no idioma que conhecem, na população total residente da mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. | Mede o grau de analfabetismo da população adulta. | % | Mensal |
| Proporção de pobre (2) | = (População residente com renda familiar mensal <i>per capita</i> de até meio salário mínimo / População total residente) x 100 | Percentual da população residente com renda familiar mensal <i>per capita</i> de até meio salário mínimo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. | Expressa a proporção da população geral considerada em estado de pobreza, de acordo com a renda familiar mensal <i>per capita</i> . | % | Anual |
| Taxa de desemprego (3) | = (Número de residentes de 10 e mais anos de idade que se encontram desocupados e procurando trabalho, na semana de referência / Número de residentes economicamente ativos (PEA) desta faixa etária) x 100 | Percentual da população residente economicamente ativa que se encontra sem trabalho na semana de referência, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Define-se como População Economicamente Ativa (PEA) o contingente de pessoas de 10 e mais anos de idade que esta trabalhando ou procurando trabalho. | Mede o grau de insucesso das pessoas que desejam trabalhar e não conseguem encontrar uma ocupação no mercado de trabalho (desemprego aberto). Taxas elevadas de desemprego resultam na perda do poder aquisitivo e na possível desvinculação do sistema de seguro social e de algum plano de saúde de empresa, o que pressupõe aumento da demanda ao Sistema Único de Saúde. | % | Anual |

Quadro 5 – Indicadores socioeconômicos e demográficos

(Continuação)

| Indicador/ Índice | Método de cálculo | Conceituação | Interpretação | Tipo | Frequência |
|--|---|--|---|------|------------|
| Taxa de mortalidade infantil (4) | <p>Direto:</p> <p>= (Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade / Número de nascidos vivos de mães residentes) x 1.000</p> <p>Indireto: estimativa por técnicas demográficas especiais. Os dados provenientes deste método tem sido adotados para os estados que apresentam cobertura do Sinasc inferior a 90% ou que não atingem o valor de 80% de um índice composto, especialmente criado, que combina a cobertura de óbitos infantis com a regularidade do SIM3.</p> | Numero de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. | <p>Estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida.</p> <p>Reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção a saúde materna e da população infantil.</p> <p>Costuma-se classificar o valor da taxa como alto (50 por mil ou mais), médio (20 a 49) e baixo (menos de 20), parâmetros esses que necessitam revisão periódica, em função de mudanças no perfil epidemiológico.</p> <p>Valores abaixo de 10 por mil são encontrados em vários países, mas deve-se considerar que taxas reduzidas podem estar encobrendo mas condições de vida em segmentos sociais específicos.</p> | % | Mensal |
| Cobertura de esgotamento sanitário (5) | =(População residente em domicílios particulares permanentes servidos por rede coletora ou fossa séptica no domicílio / População total residente em domicílios particulares permanentes, ajustada para o meio do ano) x 100 | Percentual da população residente que dispõe de escoadouro de dejetos através de ligação do domicílio a rede coletora ou fossa séptica, em determinado espaço geográfico, no ano considerado1. | <p>Mede a cobertura populacional da disposição adequada do esgoto sanitário, através de rede coletora ou fossa séptica.</p> <p>Expressa as condições socioeconômicas regionais e a priorização de políticas governamentais direcionadas ao desenvolvimento social.</p> | % | Anual |

Quadro 5 – Indicadores socioeconômicos e demográficos

(Continuação)

| Indicador/ Índice | Método de cálculo | Conceituação | Interpretação | Tipo | Frequência |
|--------------------------------------|--|--|---|-------------|-------------------|
| Cobertura de coleta de lixo (6) | = (População residente atendida, direta ou indiretamente, por serviço regular de coleta de lixo no domicílio / População total residente em domicílios particulares permanentes, ajustada para o meio do ano) x 100 | Percentual da população residente atendida, direta ou indiretamente, por serviço regular de coleta de lixo domiciliar, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. | Mede a cobertura populacional de serviços regulares de coleta domiciliar de lixo. Expressa as condições socioeconômicas regionais e a priorização de políticas governamentais direcionadas ao desenvolvimento social. | % | Anual |
| População total (7) | Utilização direta da base de dados, expressando-se os resultados em números absolutos e relativos. As populações adotadas para o cálculo dos indicadores estão ajustadas ao meio do ano (dia 1o de julho). Nos anos censitários, são utilizadas as datas de referência de cada censo. | Numero total de pessoas residentes e sua estrutura relativa, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. | Expressa a magnitude do contingente demográfico e sua distribuição relativa. | Número | A cada 10 anos |
| Taxa de crescimento da população (8) | As estimativas de crescimento da população são realizadas pelo método geométrico. Em termos técnicos, para se obter a taxa de crescimento (r), subtrai-se 1 da raiz enésima do quociente entre a população final (Pt) e a população no começo do período considerado (P0), multiplicando-se o resultado por 100, sendo "n" igual ao número de anos no período. | Percentual de incremento médio anual da população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado. O valor da taxa refere-se a média anual obtida para um período de anos compreendido entre dois momentos, em geral correspondentes aos censos demográficos. | Indica o ritmo de crescimento populacional. A taxa é influenciada pela dinâmica da natalidade, da mortalidade e das migrações. | % | Anual |

Quadro 5 – Indicadores socioeconômicos e demográficos

(Continuação)

| Indicador/ Índice | Método de cálculo | Conceituação | Interpretação | Tipo | Frequência |
|--------------------------------------|--|--|--|-------------|-------------------|
| Proporção de idosos na população (9) | = (Número de pessoas residentes de 60 e mais anos de idade / População total residente, excluída a de idade ignorada) x 100 | Percentual de pessoas com 60 e mais anos de idade, na população total residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A definição de idoso como pessoa maior de 60 anos de idade e estabelecida na legislação brasileira. | Indica a participação relativa de idosos na população geral. Reflete o ritmo de envelhecimento da população. O crescimento da população de idosos esta associado a redução das taxas de fecundidade e de natalidade e ao aumento da esperança de vida. | % | Anual |
| Índice de envelhecimento (10) | = (Número de pessoas residentes de 60 e mais anos de idade / Número de pessoas residentes com menos de 15 anos de idade) x 100 | Numero de pessoas de 60 e mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. | Razão entre os componentes etários extremos da população, representados por idosos e jovens. Valores elevados desse índice indicam que a transição demográfica encontra-se em estagio avançado. | % | Anual |
| Taxa bruta de natalidade (11) | = (Número total de nascidos vivos residentes / População total residente) x 1.000 | Numero de nascidos vivos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. | Expressa a intensidade com a qual a natalidade atua sobre uma determinada população. A taxa bruta de natalidade e influenciada pela estrutura da população, quanto a idade e ao sexo. As taxas brutas de natalidade padronizadas por uma estrutura de população padrão permitem a comparação temporal e entre regiões. Em geral, taxas elevadas estão associadas a condições socioeconômicas precárias e a aspectos culturais da população. | % | Mensal |

Quadro 5 – Indicadores socioeconômicos e demográficos (Continuação)

| Indicador/ Índice | Método de cálculo | Conceituação | Interpretação | Tipo | Frequência |
|----------------------------------|---|---|---|-------|------------|
| Esperança de vida ao nascer (12) | A partir de tabuas de vida elaboradas para cada área geográfica, toma-se o número correspondente a uma geração inicial de nascimentos (l_0) e determina-se o tempo cumulativo vivido por essa mesma geração (T_0) até a idade limite. A esperança de vida ao nascer é o quociente da divisão de T_0 por l_0 . | Número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. | Expressa o número médio de anos que se esperaria que um recém-nascido vivesse. Representa uma medida sintética da mortalidade, não estando afetada pelos efeitos da estrutura etária da população, como acontece com a taxa bruta de mortalidade. O aumento da esperança de vida ao nascer sugere melhoria das condições de vida e de saúde da população. | Idade | Anual |

Fonte: Indicadores 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 12 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Adaptado pelo autor, 2014.

Fonte: Indicador 4 - Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Adaptado pelo autor, 2014.

Fonte: Indicador 11 - Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). BGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estatísticas do Registro Civil e estimativas e projeções demográficas. Adaptado pelo autor, 2014.

“Os indicadores proporção de pobres, taxa de analfabetismo, rendimento médio do trabalho, taxas de mortalidade infantil, taxas de desemprego, índice de Gini, proporção de crianças matriculadas em escolas são, neste sentido, indicadores sociais, ao traduzir em cifras tangíveis e operacionais várias das dimensões relevantes, específicas e dinâmicas da realidade social” (JANNUZZI, 2009, p.22).

O autor acima complementa que:

Além dos indicadores multitemáticos para “retratar” as condições de vida, referentes à saúde, habitação, mercado de trabalho etc., também devem fazer parte do diagnóstico os indicadores demográficos, em especial, todos aqueles que permitem apresentar as tendências de crescimento populacional passado e as projeções demográficas futuras (que dimensionam os públicos-alvo dos diversos programas em termos de idade e sexo no futuro). Onde, a realidade multifacetada das condições de vida de uma comunidade não pode ser captada e retratada por apenas uma fotografia, da mesma forma, um diagnóstico socioeconômico consistente não pode se resumir em apenas um ou alguns indicadores quantitativos. Assim, é comum observarmos em bons diagnósticos socioeconômicos o emprego, com maior ou menor abrangência, de indicadores de saúde (leitos por mil habitantes, percentual de crianças nascidas com baixo peso adequado, por exemplo), indicadores educacionais (taxa de analfabetismo, escolaridade média da população de quinze anos ou mais etc.), indicadores de mercado de trabalho (taxa de desemprego, rendimento médio real do trabalho etc.), indicadores habitacionais (posse de bens duráveis, densidade de moradores por domicílio etc.), indicadores de segurança pública e justiça (mortes por homicídios, roubos a mão armada por cem mil habitantes etc.), indicadores de infraestrutura urbana (taxa de cobertura da rede de abastecimento de água, percentual de domicílios com esgotamento sanitário ligado à rede pública etc.) e indicadores de renda e desigualdade (proporção de pobres, índice de Gini etc.) (JANNUZZI, 2009, p.39).

Entende-se que o gestor hospitalar deva elaborar o diagnóstico socioeconômico local, por meio de pesquisas intra-hospitalares, podendo utilizar-se de cadastro de pacientes atendidos. As pesquisas possibilitarão, através de informações estruturadas, ampará-lo em sua análise, planejamento e decisões de investimento, alinhadas as demandas reais da sociedade. Ainda assim, o diagnóstico permitirá ser complementado com dados e indicadores em relatórios estatísticos (por exemplo: pesquisas do IBGE²¹ e INEP²²) e dados de registros administrativos (cadastros públicos - cartórios, secretarias de saúde, Ministério da Saúde/DATASUS²³).

²¹ IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

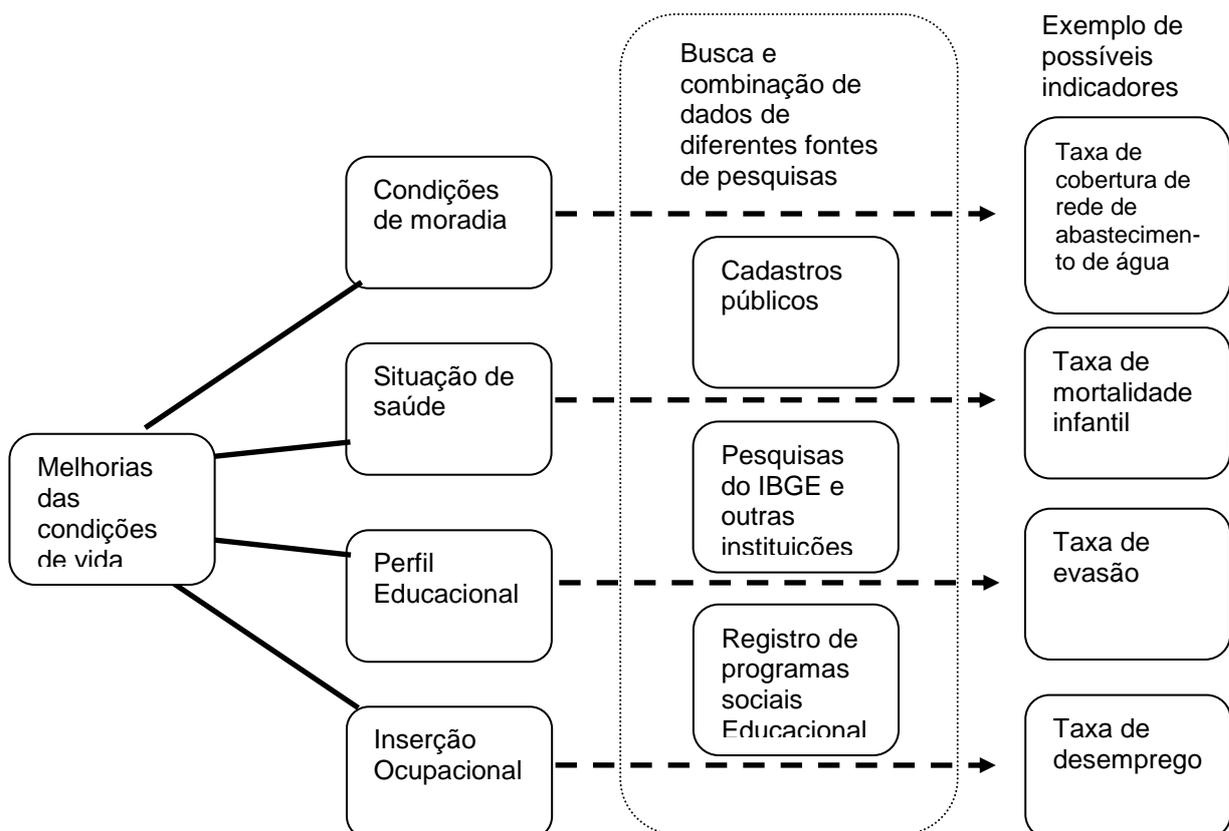
²² INEP – Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais.

²³ DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.

Os indicadores sociais ou indicadores socioeconômicos se prestam a algumas funções, dentre as principais se destacam: 1) a auxiliar as ações de planejamento público, assim como estabelecer políticas sociais em todas as esferas de governo, 2) permitir ao poder público e a sociedade civil um mecanismo de monitoramento das condições de vida e bem estar da população, e 3) permitir o maior entendimento da investigação acadêmica no que tange a mudança social e sobre as causas dos distintos acontecimentos sociais (JANNUZZI, 2009, p.22).

Na Figura 1, tem-se um esboço do conceito de interesse programático²⁴ aos indicadores sociais, pois o interesse da melhoria das condições de vida depende do entendimento das condições de vidas da população, analisadas pelo conjunto de indicadores socioeconômicos que o cercam.

Figura 1 – Do conceito de interesse programático aos indicadores sociais



Fonte: Jannuzzi, 2009, p.25.

²⁴ Formulação de políticas públicas (JANNUZZI, 2009, p.25).

Dadas às necessidades da população, os hospitais são mecanismo de intervenção do Governo na prevenção de doenças e tratamentos de casos de morbidade e fatores de risco, atuando nos indicadores de políticas públicas nacionais de saúde, gerando um impacto benéfico para a sociedade, conforme apresentado no Quadro 6.

Quadro 6 – Participação dos hospitais nos indicadores de políticas públicas nacionais de saúde e impacto para sociedade

| Indicador/ Índice | Descrição | Ação | Impacto para a sociedade |
|---|---|--|---|
| Número de Campanhas realizadas | Cadastramento de doadores de medula óssea | Cadastrar potenciais doadores de medula óssea. | Ampliação do banco de dados de doadores de medula óssea no país e possível cura. Melhoria na qualidade de vida e aumento da expectativa de vida. |
| | Vacinação contra gripe H1N1 | Imunizar a população contra o vírus da gripe, | |
| | Combate ao tabagismo | Desenvolver ações de orientação de combate ao tabagismo. | |
| | Prevenção e Combate à Hipertensão | Desenvolver ações de prevenção, orientação e cuidados sobre a Hipertensão. | |
| | Combate à Diabete | Desenvolver ações de educação e prevenção, do Diabetes. | |
| Tratamento de casos de morbidade e fatores de risco | Neoplasias malignas. | Tratar pacientes com Câncer. | |
| | Hanseníase | Tratar e curar pacientes com hanseníase. | |
| | AIDS ²⁵ | Tratar pacientes com AIDS. | |
| | Tuberculose | Tratar e curar pacientes com Tuberculose. | |
| | Rubéola | Tratar pacientes com Rubéola. | |

Fonte: elaborado pelo autor, 2014.

Na relação usuário/serviço de saúde, avaliam-se dois aspectos importantes como: a cobertura e o acesso. Destaca-se esse último como uma das métricas de desempenho dos sistemas de serviços de saúde. (KUSCHNIR, CHORNY e LIRA, 2010).

²⁵ AIDS - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

4 CONCLUSÕES

Neste capítulo serão apresentadas as conclusões da pesquisa, suas limitações e sugestões para novos estudos.

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

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

De forma geral, pode-se afirmar que os indicadores são métricas que sintetizam informações relevantes do estado de saúde da população, assim como da performance do sistema de saúde. Em uma análise conjunta de um grupo de indicadores, estes apresentam resultados mais precisos, permitindo melhor interpretação da situação sanitária de uma população e serve para a vigilância das condições de saúde (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008, p.13).

O estudo teve por objetivo discutir a importância da suplementação do elenco de indicadores de desempenho usuais com indicadores de natureza econômico-social na gestão em unidades hospitalares.

Diante da complexidade das organizações hospitalares e levando-se em consideração sua importância social como unidades produtivas, prestadoras de serviços de saúde à população, cuja demanda por esses serviços tem sido

crescente e superior relativamente à sua oferta, defronta-se com um problema de qualidade da gestão de recursos escassos. Em decorrência, emergem desafios de gerir a rede hospitalar de forma a promover uma gestão eficiente, compatível com a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços prestados.

A grande complexidade da organização hospitalar se deve às suas características intrínsecas de ser um bem quase-público, onde a presença de externalidades, tanto positivas quanto negativas, é expressiva. Ações de prevenção, alinhadas a um tratamento médico eficaz, reinserindo o paciente de volta ao ambiente socioeconômico e a utilização de práticas de gestão eficientes por meio de planejamento e gestão de indicadores de desempenho, são um conjunto de ações que impactam na qualidade de vida da população, causando uma externalidade positiva.

Como resposta à sociedade, o gestor hospitalar intervém no ambiente hospitalar através da melhoria de processos, investimentos em infraestrutura física e do parque tecnológico, maior qualificação e capacitação dos profissionais, buscando ofertar um serviço de qualidade.

Correia (2007) conclui que a unidade hospital apresenta atributos particulares que o diferenciam de outras organizações. Desenvolve além das atividades médicas, as atividades de um hotel, de farmácia, de lavanderia e de restaurante, e defronta com outra característica marcante que é o fato de que ele possui um caráter social e, em certas ocasiões, filantrópico, com um aspecto de responsabilidade mais amplo e complexo do que as organizações tradicionais (comerciais e industriais). Outros fatores legais e políticos também são fortemente percebidos na organização hospitalar com mais intensidade do que nas demais.

O gestor hospitalar constantemente é cobrado e orientado em suas decisões por meio da análise limitada dos indicadores tradicionais – métricas hospitalares e econômico-financeiras. As métricas hospitalares (média de pacientes-dia, média de permanência, taxa de ocupação hospitalar, taxa de mortalidade hospitalar, taxa de infecção hospitalar, proporção de partos cesárias, taxa de cirurgias suspensas e outras) e métricas econômico-financeiras (indicadores de liquidez, de endividamento, estrutura de capital, de rentabilidade e de lucratividade), direcionam a análise hospitalar para uma visão restrita, reduzindo sua percepção crítica em

relação às reais demandas de saúde da população local, e tão pouco permite ao gestor tomar decisões que impactem em melhorias efetivas dos serviços prestados. Portanto, enfatiza-se a importância da utilização de indicadores numa visão multidimensional diferenciada, que conjecturem a realidade de saúde presente e permita ao gestor hospitalar, juntamente com os gestores de saúde, um direcionamento das ações assistenciais a médio e longo prazo.

A visão multidimensional apresentada nessa pesquisa engloba um conjunto estruturado de indicadores, além das métricas tradicionais hospitalares e econômico-financeiras, dando-se importância à análise econômica do custo/oferta do serviço mediante os indicadores de estrutura versus benefício/impacto gerado à população através dos indicadores de produção/resultados (por exemplo, custo/oferta do serviço – construção de nova sala cirúrgica, indicador de estrutura relacionado - número de salas cirúrgicas, versus benefício/impacto gerado à população - redução do tempo de espera dos pacientes para realização da cirurgia / aumento do tratamento dos pacientes e melhoria da qualidade de vida da população; indicador relacionado - número de cirurgias realizadas e suspensas, entre outros exemplos apresentados no Quadro 4). Em destaque cita-se outra dimensão que suplementa a análise da unidade hospitalar como instrumento de intervenção do governo na assistência às políticas públicas de saúde e seu impacto na qualidade de vida da população por intermédio da avaliação de impacto, analisadas pelas métricas socioeconômicas e demográficas como a taxa de analfabetismo, proporção de pobre, taxa de desemprego, taxa de mortalidade infantil, cobertura de esgotamento sanitário, cobertura de coleta de lixo, população total, taxa de crescimento da população, proporção de idosos na população e outros, tal como elencado no Quadro 5. O Quadro 6 evidencia indicadores de participações efetivas nas ações de saúde pública nacional, através de métricas de saúde, tal como o número de campanhas realizadas e tratamento de casos de morbidade e fatores de risco.

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

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

A gestão da informação na saúde é fator preponderante para o bom desempenho das organizações. Esta vem apoiar o processo de tomada de decisão. As informações gerenciais terão maior impacto quando transformadas em indicadores, com o propósito de monitorar e avaliar o desempenho hospitalar, especialmente no que se refere às metas de produção/resultados dos serviços de saúde ofertados. A eficácia do uso de indicadores se sobressai quando estes são utilizados para medir o impacto dos serviços de saúde quanto ao bem-estar da população.

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

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

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

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

Não obstante, o problema de falta de gestão da informação ser tema constante de discussão em literaturas nacionais e internacionais, sabe-se, que cada unidade hospitalar está inserida em um contexto particular da sua área de atuação. Práticas e metodologias de gestão aplicadas em instituições semelhantes não garantem o mesmo desempenho, por fatores diversos não abordados no presente trabalho.

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

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA & CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Programa de Avaliação e Controle da Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar, São Paulo, 1992. **Informativo CQH**, ano I, nº 3, julho 1992).
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Serviços de saúde**. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/organiza/index.htm>>. Acesso em: 5 fev. 2014.
- ALVES, António da Silva Dias. **Responsabilidade e governação na moderna gestão hospitalar**. 2011, 430 f. Dissertação (Doutorado em Ciências da Saúde). Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Aveiro, 2011.
- ARROW, Kenneth J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **American Economic Review**, v. 53, p. 941-973, dec. 1963.
- BARBOSA, Inêz Carneiro; SANTOS, Kelly Mary Viana dos; FREITAS, Marcelo Nogueira de; MATHIAS, Suely Angelo; PEIXOTO, Rogério Café. **Mapeamento dos centros de custos do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes**. Jan. 2014.
- BERNSTEIN, L. A.; WILD, J. J. **Analysis of Financial Statements**. 5. ed. New York: McGraw-Hill, 2000.
- BEUREN, Ilse Maria. **Gerenciamento da informação: um recurso estratégico no processo de gestão empresarial**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000.
- BITTAR, Olimpio José Nogueira Viana. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista Associação Medicina do Brasil**, v. 3, n. 12, p. 21-28, jul./set. 2001.
- BLOOM, Nicholas; REENEN, Van. Why do Management Practices Differ across Firms and Countries?. **Journal of Economic Perspectives**, v. 24, n.1, p. 204-224, 2010.
- BLOOM, Nicholas; SADUN, Raffaella; REENEN, John Van. **Does Management Matter in Healthcare?**. October 2nd 2013.
- BOLZAN, Alexandre Galina et al. **A competitividade do setor hospitalar de cruz alta**. RS, 2006.
- BORBA, Valdir Ribeiro. **Do planejamento ao controle de gestão hospitalar: instrumento para o desenvolvimento empresarial e técnico**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.
- BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em 5 fev. 2014.

BRASIL. **Decreto** n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. 190º da Independência e 123º da República. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 5 fev. 2014.

BRASIL. **Lei** n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. 169º da Independência e 102º da República. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 10 fev. 2014.

BRASIL. **Lei** n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 169º da Independência e 102º da República. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 10 fev. 2014.

BRASIL. **Lei** n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei n.º 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei n.º 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm>. Acesso em: 5 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Coordenação de Assistência Médicas e Hospitalar. **Conceitos e definições em saúde**. 1977. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução** n.º 5, de 19 de junho de 2013. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 - 2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 jun. 2013. Seção 1, p.63.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.958, de 16 de setembro de 2004. **Aprova a Política Editorial do Ministério da Saúde, e dá outras providências**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1958.htm>>. Acesso em: 5 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2013. Seção 1, p.54.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria GM/MS n.º 312, de 30 de abril de 2002. Estabelecer, para utilização nos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, a Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar constante do Anexo desta Portaria. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n.º 111, 12 jun. 2002. Seção 1, p.71 – 3 – G REPUBLICADA. Disponível em: <http://sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/PT_312_300402.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2014.

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

CARNELUTTI, Jamaira Gai. **A competitividade do setor hospitalar de Cruz Alta – RS**, 2006. 117 f. Dissertação (Mestrado em administração) – Centro de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2006. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1843>. Acesso em: 12 jan. 2014.

CARVALHÊDO, Heloísa Maria de Araújo Caldas. Análise do cumprimento de programas e instrumentos de controle no município de Piraí. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 6., 2013, Brasília. **Anais...**Brasília, 2013.

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

CARVALHO, Sonia Nahas de. **Avaliação de programas sociais**. 2003. Disponível em:<http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v17n03-04/v17n03-04_18.pdf> Acesso em: 18 abr. 2014.

CASTRO, Carmem Lucia de Freire de; GONTIJO, Cynthia Rúbia Braga; AMABILE, Antônio Eduardo de Noronha. **Dicionário de políticas públicas**. Barbacena: Ed. UEMG, 2012.

CHERYL WOLD, MPH WOLD AND ASSOCIATES. “**Health Indicators: a Review of Reports Currently in Use**”, Conducted for The State of the USA, July 2008.

CHIAVENATO, Idalberto, **Administração nos novos tempos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999. p.710.

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

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

COBRA, Marcos. **Estratégias de marketing de serviços.** São Paulo: Cobra Editora, 2001.

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

DIAS, Darli de Souza. Monitoramento. **Dicionário de políticas públicas.** Barbacena: Ed. UEMG. 2012.

EFICIÊNCIA, qualidade e transparência no serviço público. In: CONGRESSO CONSAD de Gestão Pública, 1, 2008, Brasília. **Anais...**Brasília, 2008.

FORGIA, Gerard M. La; COUTTOLENC, Bernard F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência.** São Paulo: Singular, 2009. p. 496.

FRANCO, Camilla Maia; FRANCO, Túlio Batista. **Linhas do Cuidado Integral: uma proposta de organização da rede de saúde.** 2012. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2014.

FRIDSON, M.; ALVAREZ, F. **Financial statement analysis: a practitioner's guide.** 3. ed. New York: Wiley, 2002.

GEDDIS, P W. "Health service performance indicators". **The Ulster Medical Journal**, v. 57, n. 2, p. 121-128, oct. 1988.

GERSDORFF, Ralph C. J. Von. A contabilidade de custos no Brasil – qual seria um sistema prático, simples, eficaz? **Revista Brasileira de Contabilidade**, Brasília, n.33, p. 34-46, 1980.

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

GONÇALVES, Ernesto Lima (Coordenador). **O hospital e a visão administrativa contemporânea.** São Paulo: Pioneira, 1983.

GONÇALVES, Marcio agosto; TEIXEIRA, Luiz Antônio Antunes; GONÇALVES, Antonio Artur de Souza. **Gestão estratégica de informação baseada em custos: um estudo aplicado no setor de serviços.** Foz do Iguaçu: ENANPAD, 1998.

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

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 27 mar. 2014.

INFOPÉDIA. **Painel de Bordo (economia)**. Dicionários Porto: Porto Editora. Disponível em: <<http://www.infopedia.pt/apoio/artigos/11534800?termo=r%C3%A1cio>>. Acesso em: 18 fev. 2014.

IUDÍCIBUS, Sérgio de. **Contabilidade gerencial**. São Paulo: Atlas, 1998.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores socioeconômicos na gestão pública**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES : UAB, 2009.

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

KAPLAN, Robert ; NORTON, David. **Estratégia em ação: balanced scorecard**. Rio de Janeiro: Campus: KPMG, 1998.

KORBES, Genésio. **Indicadores: painel de bordo do desempenho da empresa**. 2010. Disponível em: <<http://indicador-hospitalar.blogspot.com.br/2010/04/indicadores-painel-de-bordo-do.html>>. Acesso em: 18 fev. 2014.

KRAUS, Thomas W.; BÜCHLER, Markus W.; HERFARTH Christian. Relationships between volume, efficiency, and quality in surgery - a delicate balance from managerial perspectives. **World J Surg**, v. 29, n.10, p.1234-40, 2005. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s00268-005-7988-5#page-2>>. Acesso em: 31 ago. 2014.

KUSCHNIR, Rosana Chigres; CHORNY, Adolfo Horácio; LIRA, Anilaska Medeiros Lima e. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.

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

LEMONS, Vanda Márcia Ferri; ROCHA, Marcius Hollanda Pereira da. A gestão das organizações hospitalares e suas complexidades. In: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 7., 2011.

MACHADO, Sérgio Pinto; KUCHENBECKER, Ricardo. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Sistema de Información Científica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 871-877, jul./ago. 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63012406.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo : Atlas, 2003.

MARIOTTI, Francisco Carlos Esteves. **Mercados incompletos**. Aula 1-finanças públicas para receita federal. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/105399305/17/Mercados-Incompletos>>. Acesso em: 7 dez. 2014.

MARSHALL, Martin; LEATHERMAN, Sheila; MATTKE, Soeren. "Selecting indicators for the quality of health promotion, prevention and primary care at the health systems level in OECD countries", **OECD Health Technical Papers**, n. 16, 2009. OECD Publishing. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1787/627626833816>>. Acesso em: 9 mar. 2014.

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

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

MATARAZZO, D. C. **Análise financeira de balanços: Abordagem Gerencial**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MCGEE, James; PRUSAK, Laurence. **Gerenciamento estratégico da informação: aumente a competitividade e a eficiência de sua empresa utilizando a informação como uma ferramenta estratégica**. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

MEDICI, André César; MARQUES, Rosa Maria. Sistemas de custo como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde. **Cadernos Fundap**, Rio de Janeiro, p.47-59, jan./abr. 1996.

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

MERCER, C.E.O. **Evaluation: Navigating a New Relationship with the Board**. Mercer Delta Consulting, 2003.

MORITZ, Gilberto de Oliveira; PEREIRA, Maurício Fernandes. **Processo decisório**. Florianópolis: SEAD/UFSC, 2006.

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

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

NEVES, Fernanda Siqueira. Gestão da estratégia. In: _____. **Dicionário de políticas públicas**. Barbacena: EdUEMG. 2012.

NOGUEIRA, José Ricardo Bezerra; SIQUEIRA, Rozane Bezerra de. O problema da informação e o estudo da economia do setor público. **Nova Economia**, v.8, n. 2, 1998.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Planejamento estratégico: conceitos, metodologia e práticas**. 26. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

PAIVA, Ilana. **SUS registra volume recorde de ressarcimento**, 2013. PORTAL BRASIL. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/09/sus-registra-volume-recorde-de-ressarcimento>>. Acesso em: 18 fev. 2014.

PENMAN, S. H. **Financial statements analysis and security valuation**. 3. ed. New York: McGraw-Hill, 2007.

PEREIRA, Marco Antonio. **Gestão estratégica: curso de gestão voluntária**. Centro de Voluntariado de Cruzeiro, 2009.

PINDYCK Robert S.; RUBINFELD, Daniel L. **Microeconomia**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

PONTES, André Teixeira; SILVA, Ronaldo Ferreira da; ALLEVATO, Rita de Cassia Garcia; PINTO, Marco Aurélio Cabral. A utilização de indicadores de desempenho no setor de suprimentos hospitalares: uma revisão de literatura. In: **ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**, 28.,2008, Rio de Janeiro. A integração de cadeias produtivas com a abordagem da manufatura sustentável. Rio de Janeiro, RJ, 2008.

PORTAL BRASIL. **SUS democratiza o acesso do cidadão aos serviços de saúde**. Publicado em: 31 de outubro de 2009. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2009/11/sus-democratiza-o-acesso-do-cidadao-aos-servicos-de-saude>>. Acesso em: 5 fev. 2014.

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

PROGRAMA DE CONTROLE DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR. **Manual de orientação aos hospitais participantes**. 3. ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 2002.

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

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

ROSINI, Alessandro Marco; PALMISANO, Angelo. **Administração de sistemas de informação e a gestão do conhecimento**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

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

SANTACRUZ, Ruy. Fundamentos (Econômicos) da regulação pública dos mercados. **Arché interdisciplinar**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 29, p.81-101, 2001.

SATO, Fábio Ricardo Loureiro. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. **Rev. Adm. Pública** [online]. 2007, v.41, n.1, p. 49-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122007000100004>. Acesso em: 22 nov. 2014.

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

SCHOUT, Denise; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p. 935-944, 2007.

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

SILVA, J. P. **Análise financeira das empresas**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

SIMÕES, Fabrício Henrique dos Santos; PAIM, Chennyfer da Rosa Paino; ZUCCHI, Paola. Análise dos critérios de avaliação de desempenho dos hospitais gerenciados pelas organizações sociais de saúde em relação aos hospitais tradicionais no Estado de São Paulo. **Revista Faculdade Ciências Médica de Sorocaba**, v. 15, n. 2, p.16 - 21, 2013.

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

SOUZA, Antônio Artur de. Indicadores de desempenho econômico-financeiro para hospitais: um estudo teórico. **RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde** - jul./dez. 2009. Disponível em: <<http://web.face.ufmg.br/face/revista/index.php/rahis/article/view/807/681>>. Acesso em: 14 set. 2014.

SOUZA, Erica Macedo; ALMEIDA, Gilson Rodrigues. Avanços e perspectivas do modelo de organização social de saúde no Estado de São Paulo. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 2010, Brasília-DF. **Anais...Brasília**, 2010.

TAKASHINA, N. T. **Indicadores da qualidade e do desempenho**, 2004.

VARIAN, Hal R. **Microeconomia**: princípios básicos: uma abordagem moderna. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

VIEIRA, Dirce Krassuski; DETONI, Dimas José; BRAUM, Loreni Maria dos Santos. Indicadores de qualidade em uma unidade hospitalar. In: **SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA**, 2006.