

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONTROLADORIA**

IVAN SANTIAGO DA SILVA

**ANÁLISE DAS RELAÇÕES ENTRE AS CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONAIS
E O USO DE INDICADORES DE DESEMPENHO NO ÂMBITO DOS HOSPITAIS
PÚBLICOS VINCULADOS À EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS
HOSPITALARES - EBSERH**

**RECIFE
2021**

IVAN SANTIAGO DA SILVA

**ANÁLISE DAS RELAÇÕES ENTRE AS CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONAIS
E O USO DE INDICADORES DE DESEMPENHO NO ÂMBITO DOS HOSPITAIS
PÚBLICOS VINCULADOS À EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS
HOSPITALARES - EBSERH**

Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação em Controladoria (PPGC) da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), como requisito para obtenção do título de Mestre em Controladoria.

Orientador: Prof. Dr. Antônio André Cunha Callado.

**RECIFE
2021**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal Rural de Pernambuco
Sistema Integrado de Bibliotecas
Gerada automaticamente, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S586a

Silva, Ivan Santiago

Análise das relações entre as características organizacionais e o uso de indicadores de desempenho no âmbito de hospitais públicos vinculados à EBSEH / Ivan Santiago Silva. - 2021.
119 f. : il.

Orientador: Antonio Andre Cunha Callado.
Inclui referências e apêndice(s).

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Rural de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Controladoria, Recife, 2021.

1. Desempenho no setor público. 2. Indicadores de desempenho. 3. Avaliação de desempenho. 4. Gestão Hospitalar.
I. Callado, Antonio Andre Cunha, orient. II. Título

CDD 658.151

IVAN SANTIAGO DA SILVA

ANÁLISE DAS RELAÇÕES ENTRE AS CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONAIS E O USO DE INDICADORES DE DESEMPENHO NO ÂMBITO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS VINCULADOS À EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Controladoria (PPGC) da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), como requisito para obtenção do título de Mestre em Controladoria.

Linha de Pesquisa: Estratégia, Desempenho e Controle.

Aprovada em: 10 / 12 / 2021

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Antônio André Cunha Callado - Orientador
Universidade Federal Rural de Pernambuco



Prof. Dr. Márcio Sampaio Pimentel
Universidade Federal Rural de Pernambuco



Profa. Dra. Renata Paes de Barros Camara
Universidade Federal da Paraíba

À minha esposa, Catarina.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por mais uma etapa vencida, pela minha vida, pela minha saúde e por todas as bênçãos.

Agradeço à minha esposa, Catarina Paula da Silva Ramos, por ter acompanhando de perto com muita paciência, com cumplicidade e dedicação, me apoiando e incentivando. Muito obrigado por acreditar em mim. Agradeço todos os dias a papai do céu por ter você ao meu lado, sua presença é fundamental em cada dia de minha vida.

Agradeço aos meus pais, filhos, irmã, cunhados e amigos, dos quais estive ausente para dedicar-me ao mestrado, mas que sempre me apoiaram.

Ao amigo Erick Merêncio de Lima, por ter me incentivado a cursar um mestrado acadêmico, dando seu apoio desde o processo de seleção até a conclusão deste trabalho.

Aos meus professores do Programa de Pós-Graduação em Controladoria da Universidade Federal Rural de Pernambuco, por terem me proporcionado uma nova visão de mundo, por colocarem à prova meus limites, e compartilharem seus conhecimentos e experiências. Toda gratidão ao Professor Doutor Márcio Sampaio Pimentel e à Professora Doutora Alessandra Carla Ceolin.

Ao meu orientador Prof. Dr. Antônio André Cunha Callado, agradeço imensamente pela confiança, as exigências, as colaborações, a paciência e apoio durante todo o processo de construção deste trabalho.

Aos amigos que fiz durante o mestrado, com os quais tive o prazer de conviver. Todo carinho a esses bravos guerreiros sobreviventes, que comigo caminharam de mãos dadas nessa longa e dolorosa jornada. Sentimos o peso da responsabilidade, dedicação, comprometimento, e os efeitos colaterais que só um mestrado pode proporcionar. Uma experiência ímpar que levarei por toda minha vida.

Muito obrigado!

“Todas as vitórias ocultam uma abdicação”.
Simone de Beauvoir

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar as relações entre as características organizacionais e o uso de indicadores de desempenho no âmbito de hospitais públicos federais vinculados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, o procedimento de coleta foi documental, e a abordagem quantitativa. Com base nos objetivos da pesquisa, o estudo é enquadrado como pesquisa exploratória. A presente pesquisa é censitária e tem o universo composto por todos os hospitais universitários gerenciados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH). A escolha deste universo ocorre de forma intencional, considerando a viabilidade da realização da pesquisa, e as características comuns entre estas unidades escolhidas. Para esta pesquisa foram utilizadas fontes de dados secundárias, composta por documentos institucionais relacionados às unidades hospitalares em estudo, obtidos no website da EBSEH e em seus relatórios de desempenho disponíveis na internet. Vale salientar que a escolha das variáveis teve como base o conteúdo exposto no referencial teórico. Para atingir o propósito dessa pesquisa foram utilizados os indicadores de desempenho hospitalar (financeiro, custos, receita, qualidade, produção, produtividade, e ensino e pesquisa), e os indicadores de estrutura (instalações, recursos humanos). Foi utilizada a estatística descritiva, e pelas características das variáveis selecionadas o teste estatístico escolhido foi o teste não-paramétrico de Coeficiente de Correlação de Postos de *Spearman*. A organização dos dados foi feita por meio do Excel. Já os testes estatísticos foram realizados no software Statistica versão 10.0. Para esta pesquisa, o nível de significância adotado o valor-*p* igual ou inferior a 0,05. Nos resultados descobriu-se que a rede de hospitais universitários federais é formada por 50 hospitais vinculados a 35 universidades federais. Destes, 40 hospitais são vinculados à Rede EBSEH, e para tratar os dados da pesquisa foram trabalhados como 38 unidades, uma vez que dois desses hospitais tem sua composição em modo de complexo hospitalar e tiveram seus dados divulgados de forma consolidada. Os resultados mostraram uma baixa frequência no uso dos indicadores de desempenho e de estrutura, Entre os dados coletados a utilização plena ficou com o grupo de indicadores de instalações, correspondendo 100% de utilização entre os hospitais da rede EBSEH. A região que apresentou o maior uso de indicadores foi a Nordeste com uma média de 21,35 indicadores, e com o menor foi a região Sudeste com uma média de 17,75 indicadores. Não foi identificada nenhuma correlação significativa no teste de correlação de *Spearman*. Diante dos números apresentados, concluímos que a utilização de indicadores por parte dos hospitais universitários geridos pela EBSEH está distante do que seria o ideal para subsidiar os gestores na tomada de decisão, no acompanhamento e revisão de suas metas, e na reavaliação de seu planejamento estratégico. Mostrando-se frágil quanto aos relatórios publicados em seus web sites, não permitindo acessibilidade e transparência ao mundo de informações que poderiam ser disponibilizadas.

Palavras-chaves: Desempenho no setor público. Indicadores de desempenho. Avaliação de desempenho. Gestão Hospitalar.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the relationships between organizational characteristics and the use of performance indicators within the scope of federal public hospitals linked to the Brazilian Hospital Services Company – EBSEH. This is an exploratory and descriptive research, the collection procedure was documentary, and the approach was quantitative. Based on the research objectives, the study is classified as exploratory research. This research is a census and has the universe composed of all university hospitals managed by the Brazilian Hospital Services Company (EBSEH). The choice of this universe occurs intentionally, considering the feasibility of carrying out the research, and the common characteristics between these chosen units. For this research, secondary data sources were used, consisting of institutional documents related to the hospital units under study, obtained from the EBSEH website and its performance reports available on the internet. It is noteworthy that the choice of variables was based on the content exposed in the theoretical framework. To achieve the purpose of this research, hospital performance indicators (financial, cost, revenue, quality, production, productivity, and teaching and research) and structure indicators (facilities, human resources) were used. Descriptive statistics was used, and due to the characteristics of the selected variables, the statistical test chosen was the non-parametric Spearman Rank Correlation Coefficient test. Data organization was performed using Excel. The statistical tests were performed using the Statistica software version 10.0. For this research, the significance level adopted the p-value equal to or less than 0.05. In the results, it was found that the network of federal university hospitals is formed by 50 hospitals linked to 35 federal universities. Of these, 40 hospitals are linked to the EBSEH Network, and to treat the research data, 38 units were worked on, since two of these hospitals have their composition in hospital complex mode and had their data published in a consolidated manner. The results showed a low frequency in the use of performance and structure indicators. Among the data collected, full utilization was in the group of facilities indicators, corresponding to 100% of use among hospitals in the EBSEH network. The region that showed the greatest use of indicators was the Northeast, with an average of 21.35 indicators, and the Southeast region, with an average of 17.75 indicators, with the lowest. No significant correlation was identified in Spearman's correlation test. Given the figures presented, we conclude that the use of indicators by university hospitals managed by EBSEH is far from what would be ideal to support managers in decision-making, in monitoring and reviewing their goals, and in the reassessment of their strategic planning . Showing itself fragile as to the reports published on its websites, not allowing accessibility and transparency to the world of information that could be made available.

Keywords: Performance in the public sector. Performance indicators. Performance evaluation. Hospital management.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estatística descritiva dos aspectos referentes ao perfil dos hospitais pesquisados.	66
Tabela 2 - Frequência de uso dos indicadores financeiros	67
Tabela 3 - Frequência de uso dos indicadores de custos	68
Tabela 4 - Frequência de uso dos indicadores de receitas	68
Tabela 5 - Frequência de uso dos indicadores de qualidade.....	68
Tabela 6 - Frequência de uso dos indicadores de produção	69
Tabela 7 - Frequência de uso dos indicadores de produtividade	70
Tabela 8 - Frequência de uso dos indicadores de ensino e pesquisa	70
Tabela 9 - Frequência de uso dos indicadores de	71
Tabela 10 - Frequência de uso dos indicadores de recursos humanos	72
Tabela 11 - Perfil de adoção dos indicadores de desempenho pelos hospitais da região Norte	72
Tabela 12 - Perfil de adoção dos indicadores de desempenho pelos hospitais da região Nordeste.....	73
Tabela 13 - Perfil de adoção dos indicadores de desempenho pelos hospitais da região Centro-Oeste.....	74
Tabela 14 - Perfil de adoção dos indicadores de desempenho pelos hospitais da região Sudeste.....	75
Tabela 15 - Perfil de adoção dos indicadores de desempenho pelos hospitais da região Sul.	76
Tabela 16 - <i>Ranking</i> dos hospitais considerando o uso de indicadores de desempenho	77
Tabela 17 - <i>Ranking</i> dos hospitais considerando o uso de indicadores de estrutura	77
Tabela 18 - <i>Ranking</i> dos hospitais considerando o uso global de indicadores	78
Tabela 19 - Relações entre o uso de indicadores e o perfil dos hospitais.....	78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Evolução da Administração Pública Gerencial.....	25
Quadro 2 – Propósitos básicos do gestor público	35
Quadro 3 - Características Distintas entre Administração Pública e Privada	50
Quadro 4 - Relação de hospitais administrados pela EBSEH	57
Quadro 5 - Escalas de mensuração de variáveis	60
Quadro 6 - Indicadores de desempenho hospitalar	62
Quadro 7 - Indicadores de Estrutura	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização para Internação Hospitalar
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CH	Complexo hospitalar
CHU	Complexo Hospitalar Universitário
CHC	Complexo Hospital de Clínicas
CLAD	Centro Latino-Americano de Gestão para o Desenvolvimento
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COMHUPES	Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
DASP	Departamento Administrativo do Serviço Público
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda constitucional
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
GESPÚBLICA	Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização
HC	Hospital das Clínicas
HDT	Hospital de Doenças Tropicais
HE	Hospital Escola
HU	Hospital Universitário
HUAB	Hospital Universitário Ana Bezerra
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
HUAP	Hospital Universitário Antônio Pedro
HUB	Hospital Universitário de Brasília
HUBFS	Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes
HUGG	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
HUGV	Hospital Universitário Getúlio Vargas
HUJB	Hospital Universitário Júlio Bandeira
HUJBB	Hospital Universitário João de Barros Barreto
HUJM	Hospital Universitário Júlio Müller
HUL	Hospital Universitário de Lagarto
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
HUMAP	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian
HUOL	Hospital Universitário Onofre Lopes
HUPAA	Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes
HUPES	Hospital Universitário Professor Edgard Santos
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
IBAMA	Instituto do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
LC	Lei Complementar
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MCO	Maternidade Climério de Oliveira
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MEJC	Maternidade Escola Januário Cicco
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PSO	<i>Public Service Oriented</i>
QL	Quadro Lógico
REHUF	Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
SEGEP	Secretaria de Gestão Pública

SIPEC	Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TOM	Transparência Orçamentária Municipal
TQM	<i>Total Quality Management</i>
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UFBA	Universidade Federal de Bahia
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFG	Universidade Federal de Goiás
UFGD	Universidade Federal da Grande Dourados
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso
UFPA	Universidade Federal do Pará
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFS	Universidade Federal de Sergipe
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFSCAR	Universidade Federal de São Carlos
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UFT	Universidade Federal do Tocantins
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UNB	Universidade de Brasília
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UNIVASF	Universidade Federal do Vale do São Francisco
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 JUSTIFICATIVA	14
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA	16
1.3 OBJETIVOS	21
1.3.1 Geral	21
1.3.2 Específicos	22
2 REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 NOVA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	22
2.2 EFICIÊNCIA NO SETOR PÚBLICO	28
2.3 OBJETIVOS DA MENSURAÇÃO DE DESEMPENHO NO SETOR PÚBLICO	33
2.4 SISTEMAS DE MENSURAÇÃO DE DESEMPENHO NO SETOR PÚBLICO	38
2.5 DIFICULDADES E LIMITAÇÕES DA MENSURAÇÃO DE DESEMPENHO NO SETOR PÚBLICO	49
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	53
3.1 TIPOLOGIA DA PESQUISA	54
3.2 UNIVERSO DA PESQUISA	55
3.3 COLETA DE DADOS E INFORMAÇÕES	58
3.4 VARIÁVEIS	59
3.5 MÉTODO DE ANÁLISE	63
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	65
5 CONCLUSÃO	80
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO	95
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO	114

1. INTRODUÇÃO

1.1 JUSTIFICATIVA

A avaliação de desempenho foi aplicada no setor público, inicialmente, por questões relacionadas ao cumprimento de uma determinação legal e/ou, também, com objetivos mais voltados à progressão na carreira (BARBOSA, 2010). A avaliação de desempenho tem um alcance muito maior na intenção de fomentar pessoas e organizações. As organizações são feitas de pessoas e é através delas que as instituições atingem seus objetivos.

Segundo Nassuno (1998), a necessidade de avaliação de desempenho dos servidores públicos ganhou dimensões maiores nas décadas antecedentes aos anos 90, principalmente pela necessidade na melhoria dos resultados institucionais das organizações públicas, levando em consideração as pressões do contexto competitivo e o sentimento de insatisfação da sociedade em relação ao precário atendimento no serviço público.

Corroborando tal entendimento Biazzzi, Muscat e Biazzzi (2006) alegaram que ao longo das últimas duas décadas, o setor público viu-se mais pressionado a fim de melhorar seu desempenho e demonstrar maior transparência na avaliação de resultados, o que levou à busca de melhorias em sua forma de operar. Os governantes vêm enfrentando maiores cobranças da sociedade na forma de gerir recursos, e principalmente, pessoas. A avaliação de desempenho contribui para a melhoria da gestão dos serviços e das políticas públicas, devendo ajudar os gestores a compreender o propósito de suas ações e decisões relacionadas aos resultados obtidos (ALA-HARJA; HELGASON, 2000).

O setor público, atualmente, tem sofrido coerções da sociedade no sentido de se desenvolver um aprimoramento no seu desempenho. Essa cobrança tem o objetivo de trazer uma maior transparência na avaliação dos resultados, e que estes possam estar ao alcance da população. E como reflexo disto tem-se notado uma procura pelo aperfeiçoamento na forma de agir dos entes públicos.

A pressão exercida sobre a cobrança de desempenho das ações dos governos e, conseqüentemente, sobre a qualidade dos bens e serviços públicos, são parte do cotidiano dos cidadãos brasileiros. Todos os dias ao ligar a TV no noticiário são apresentadas situações de mau uso dos recursos públicos. O que se torna mais evidente, principalmente em momentos de crise, nos superfaturamentos em contratações, deixando a população a ermo e sem acesso a

serviços essenciais como saúde, educação e segurança pública, por exemplo. Costa e Castanhar (2003) destacam que não importa se a sociedade se encontra em momento de crise econômica e social, a medição de desempenho sempre se torna relevante.

O impacto dessas situações é sentido pela população através da percepção de um baixo nível de qualidade do produto governamental. Esse quadro se torna cada vez mais presente na realidade dos cidadãos e demonstra a relevância de se discutir o desempenho da gestão pública e os meios que possam contribuir de forma efetiva na melhoria da oferta dos produtos e serviços governamentais e proporcionar satisfação dos seus usuários. Não é de hoje que o desempenho do serviço público é questionado com profunda intensidade.

Para Kennerley e Neely (2002), embora já haja reconhecimento de que a medição do desempenho assume um papel importante na determinação de regras estabelecidas na gestão da eficiência e da eficácia, ela permanece sendo uma questão crítica de muito debate.

Nos serviços públicos, um dos principais objetivos da avaliação de desempenho é coletar informações sobre a eficiência dos serviços prestados pelo servidor. Verifica-se assim, ser necessária a mensuração do desempenho para se avaliar a qualidade do serviço prestado, tanto na visão do ente público como para demonstrar o resultado à população na condução de um processo de melhoria contínua.

De acordo com Zucatto *et al.* (2009), há uma exigência dos contribuintes quanto ao uso do dinheiro oriundo de receitas públicas, para destinação do gerenciamento e controle de resultados em vez de controlar, passo a passo, as normas e os procedimentos. Ainda segundo o autor, deve-se estabelecer indicadores de desempenho, pois estes permitem traçar um diagnóstico apurado dos resultados obtidos e uma análise do alinhamento com a estratégia estabelecida.

Os sistemas de medição de desempenho devem estar alinhados com os objetivos estratégicos para que possam ajudar as instituições a alcançar seus objetivos e metas, bem como melhorar a maneira como os recursos são gastos (MAIA *et al.*, 2008).

A avaliação de desempenho traz muitos benefícios, tanto para indivíduos como para organizações, como afirma (SILVA *et al.*, 2017):

É imperativo avaliar a gestão pública com aplicação de ferramenta de medição de desempenho, sob pena da ineficiência dos serviços ofertados à população. A avaliação de desempenho da gestão pública, contribui na melhoria e manutenção da qualidade do serviço público, melhor gestão dos recursos arrecadados, objetivos alcançados e sociedade satisfeita.

A realização de pesquisa sobre desempenho no setor público se justifica em virtude da relevância da temática em relação ao conhecimento de meios que possam combater a ineficiência do Servidor Público através dos instrumentos da Avaliação de Desempenho numa Análise da conformidade dos objetivos sociais.

Alguns estudos encontraram resultados favoráveis, outros não identificaram com clareza o impacto do desempenho. Assim, a mensuração de desempenho no setor público necessita de estudos mais aprofundados, uma vez que são escassos quando comparados ao setor privado (ROSA *et al.*, 2014; PATRUCCO *et al.*, 2016). Em sua conclusão, Pires *et al.* (2019) e Araújo, Matos e Ensslin (2020), destacaram a falta de autores renomados na matéria Avaliação de Desempenho.

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

As reformas ocorridas da Administração Pública na década de 1990 tiveram como objetivo substituir o modelo burocrático adotado até então por práticas corporativas caracterizadas pelo aumento da responsabilidade dos gestores, com mudança do foco de controle de processos para controle de resultado, e mais rigor nas especificações de desempenho (BRESSER-PEREIRA, 1998).

Essas mudanças buscavam o aumento da eficiência do setor público, pois, o principal objetivo da administração, nesse novo modelo, é a prestação de serviço com qualidade para o usuário, que passa a ser tratado como cliente. Esse movimento passou a ser chamado de Nova Administração Pública, Administração Pública Gerencial ou ainda, Nova Gestão Pública (BRESSER-PEREIRA, 1995; BRESSER-PEREIRA, 1998; GOMES, LEAL e ASSIS, 2013).

Com a adoção da Nova Administração Pública, houve a necessidade de se buscar mecanismos de mensuração do desempenho das organizações públicas. No entanto, muitas das ferramentas de gestão utilizadas no setor privado não se adequaram completamente ao setor público, devido ao contexto político das organizações públicas (GOMES; LEAL; ASSIS, 2013).

Em meio a todo esse processo, as exigências da sociedade por eficiência na prestação de serviços e transparência nas prestações de contas levaram a Administração Pública a adotar ferramentas gerenciais do setor privado, na tentativa de profissionalização da gestão pública (ROSA *et al.*, 2015).

A medição do desempenho das políticas públicas encontra desafios que se revelam desde a concepção do planejamento governamental e perpassam a sua execução, utilizando de conceitos oriundos do meio empresarial relativos a iniciativas de gestão estratégica, como concorrência, competitividade e lucratividade que são aspectos que se configuram em elementos essenciais no âmbito de atuação das empresas e, naturalmente, são reconhecidos como indutores do desenvolvimento de práticas e ferramentas de gestão que subsidiam a sobrevivência de organizações empresariais ao longo do tempo. No entanto, esses elementos, não são imperativos substanciais da maior parte das organizações públicas (MOTTA, 1979; NUHU *et al.*, 2017).

Segundo Marengo e Diehl (2011), a Administração Pública ao usar o modelo de gestão da iniciativa privada não pode perder a perspectiva de que o setor privado visa à maximização do lucro, enquanto que o setor público tem como objetivo atingir a sua função social. Nesta mesma linha, Marini (2002) afirma que os princípios da administração de empresas não podem ser aplicados diretamente na gestão pública, porque existe a necessidade de se fazer adaptações de um modelo que realmente ajude a atingir seus objetivos.

Suzuki e Gabbi (2009) esclarecem que as características do setor público dificultam a utilização da avaliação de desempenho com a mesma objetividade e aplicabilidade do setor privado. Para as autoras, o setor público não possui flexibilidade na gestão dos recursos humanos, como no setor privado. Além disso, a Administração Pública não possui um objetivo único (como o setor privado), mas uma infinidade de objetivos tangíveis e intangíveis, dificultando sobremaneira a utilização de ferramentas de gestão do setor privado no setor público.

A mensuração de desempenho constitui um processo que está inserido no contexto das organizações, independentemente de seu tipo ou finalidade. O processo de medir o desempenho possibilita a criação do conhecimento para que a tomada de decisão seja realizada de forma precisa e coerente com os valores e prioridades dos gestores. De acordo com Behn (1995) um componente das controvérsias que circunda a mensuração de

desempenho pode ser atribuído à utilização acelerada, ou independente, apenas dessa ferramenta, sem qualquer vinculação ou interligação com o rol de transformações que são resultado e, simultaneamente, constituem elementos de uma reforma organizacional e funcional dos entes públicos.

No entendimento de Pacheco (2009), diversos e diferentes governos enfrentam dificuldades na introdução da mensuração de desempenho em um ambiente em que se procura aperfeiçoar metas e indicadores. Mesmo assim, a contratualização de resultados se expande pelos governos brasileiros e por outros países.

Essa disseminação da implantação de sistemas de medição de desempenho, e a difusão de mecanismos instrumentais para esse tipo de iniciativas de gestão, tem sido acentuada nos últimos tempos, em decorrência da priorização da excelência na prestação dos serviços ao cidadão em resposta aos anseios e pressões sociais para se tornarem mais eficientes e eficazes (SPEKLÉ, VERBEETEN, 2014; PATRUCCO, 2016).

Pacheco (2009), ao pesquisar sobre a mensuração de desempenho no setor público, confirmou a importância da gestão por resultados para a melhoria do desempenho na Administração Pública, mas apontou também problemas com a adoção desta nova forma de gestão. Para ela, tais problemas não constituem em justificativa para se abandonar o modelo, funcionando, pelo contrário, como motivo para aprofundamento do assunto.

Ainda segundo a autora, parte dos problemas da mensuração de desempenho no setor público consiste na adoção prematura ou isolada dessa ferramenta, ao invés de vinculá-la a um conjunto de mudanças que a acompanhe, consistindo numa ampla reforma da organização e funcionamento do Estado. Complementa a autora, afirmando que as chances de insucesso são grandes quando, somente a mensuração de desempenho é adotada sem que as demais inovações estejam presentes.

De acordo com Silveira, Pinheiro e Antunes (2012) é inquestionável a importância da avaliação de desempenho no processo de gestão para atingir os objetivos e metas; todavia, tudo parece mudar ao tratar-se da avaliação de desempenho no setor público, sobretudo se individual.

Ao adotar um sistema de mensuração de desempenho sem considerar o conjunto de inovações necessárias ao desenvolvimento satisfatório da gestão, existe uma grande possibilidade de ocorrer um fracasso. PACHECO (2012).

Muitas decisões gerenciais, além daquelas associadas à remuneração, são tomadas com base na Avaliação de Desempenho, tornando crítico para as organizações as práticas sem vínculos com as metas organizacionais, ou mesmo com o uso de medidas que não estejam relacionadas a elas (CHIAVENATO, 1998).

Historicamente, a avaliação de desempenho no âmbito dos serviços públicos federais sempre esteve intimamente relacionada à promoção das funções do servidor público, o que pode ser confirmado pela análise da trajetória dessa ferramenta de avaliação no âmbito nacional brasileiro. Segundo Lucena (1992), a avaliação de desempenho no setor público, quase sempre, está vinculada ao plano de cargos e salários, sendo seus objetivos impulsionados por questões salariais. Em vista disso, Pena *et al* (2014) alegaram que a propriedade de legitimar ou não o discurso no ambiente organizacional, as práticas de compensação representam um papel cada vez mais importante nas empresas.

A avaliação de desempenho dos servidores públicos federais tem sido feita, em grande parte, com o propósito maior de concessão de promoções, ficando em segundo plano aspectos como melhoria da performance do funcionário e sua produtividade, a revisão do trabalho executado no objetivo de melhorá-lo continuamente, efetivação de treinamentos (PAGÈS *et al*, 2008). É o que confirma também o Relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE, sobre a Avaliação de Gestão de Recursos Humanos no Governo do Brasil (BRASIL, 2010). Por isso, muitas vezes o processo conhecido como avaliação de desempenho acha-se desvinculado de uma estrutura maior, alinhada à política de recursos humanos da instituição.

Assim, os interesses individuais devem ser alinhados aos interesses organizacionais. Para tanto, um sistema de medição de desempenho assume um papel importante para controlar e motivar as ações de indivíduos e grupos em uma organização. Klann e Beuren (2014) relatam que pode haver uma relação entre mecanismos motivacionais e sistemas de mensuração de desempenho. Um sistema mais abrangente pode proporcionar informações mais úteis e um melhor *feedback* para os gestores.

Kennerley e Neely (2002) atestam que embora seja reconhecido que a medição de desempenho cumpre um papel importante na determinação das regras estabelecidas na gestão da eficiência e eficácia, ainda é uma questão chave para muitos debates. Nos serviços públicos, um dos principais objetivos da avaliação de desempenho é coletar informações sobre a eficiência dos serviços prestados pelo servidor.

Bhagwat e Sharma (2007) afirmam que os métodos de medição de desempenho existentes não são totalmente eficazes. Há uma maior necessidade de estudar as medidas e métricas no contexto das seguintes razões: falta de uma abordagem balanceada, falta de compreensão sobre a decisão sobre o número de métricas a serem utilizadas e falta de distinção clara entre métricas em níveis estratégico, tático e operacional.

De acordo com Bourne *et al.* (2000) e Araújo, Matos e Ensslin (2020), a literatura ainda é carente em estudos que abordem a implementação e a atualização dos sistemas de mensuração de desempenho. Houve uma maior abordagem nas questões conceituais e processos de concepção das medidas de desempenho.

No mesmo entendimento, Pietro *et al.* (2006) estabelecem uma agenda futura de pesquisa no que refere aos fatores críticos de implementação de um sistema de mensuração de desempenho: a qualidade da estratégia, as mudanças na estrutura de comunicação e cultura, o processo de distribuição de renda e o monitoramento dos ativos intangíveis.

O governo brasileiro tem adotado ações para fornecer serviços médicos de qualidade a todas as pessoas. Diante dos desafios trazidos pelo aumento do número de cursos de graduação da área da saúde e o aumento do número de vagas nesses cursos. Os professores e tutores também são obrigados a supervisionar os alunos em formação, o que torna complexa a organização e a estrutura desses hospitais.

Com todas essas mudanças importantes para melhorar a gestão, é muito importante monitorar e avaliar o desempenho dos hospitais universitários. Segundo Bittar (2001), a comparação entre objetivos, fatos, dados e informações e a criação de parâmetros internos e externos são as partes básicas para compreender as mudanças na organização. Com isso, é possível que a administração entenda a análise de seu desempenho e estabeleça ferramentas que ajudarão a controlar o novo modelo de gestão e subsidiar suas ações.

Dentre essas ferramentas, destacam-se as ferramentas relacionadas ao controle de gestão e avaliação de performance, que requerem a concepção de uma gestão eficiente e o acompanhamento de indicadores de desempenho (GUPTILL, 2005). Dessa forma, de acordo com Silva (2005), a avaliação dos indicadores hospitalares oferece significativa melhora na eficiência da gestão, pois pode perceber a articulação estratégica entre recursos humanos, equipamentos e matérias-primas para a prestação de serviços de saúde de qualidade.

No entanto, apesar dos esforços despendidos, ainda existem alguns problemas a este respeito. Além disso, a complexidade do ambiente de uma organização muitas vezes leva a uma demanda crescente por informações cada vez mais precisas para a tomada de decisões.

Defronte da complexidade das organizações hospitalares e levando-se em conta sua relevância social como unidades operacionais fornecedora de serviços de saúde à população, cuja demanda tem sido crescente e extrapolado relativamente a sua oferta, depara-se com um problema de qualidade da gestão de recursos escassos. Em consequência, surgem desafios de administrar a rede hospitalar de forma a proporcionar uma gestão eficiente, conciliável com o incremento do acesso e da qualidade dos serviços prestados.

Diante dos problemas elencados na literatura com base na relevância da medição de desempenho de processos para o setor público, faz-se necessário realizar estudos que possam estender o conhecimento sobre a mensuração de desempenho na gestão pública. Nesse contexto, considerando a importância do planejamento estratégico no estabelecimento de objetivos e na avaliação do desempenho no setor público, o problema de pesquisa do presente trabalho se revela pelo seguinte questionamento: existe uma relação entre o uso dos indicadores de desempenho e os indicadores de estrutura no âmbito dos hospitais universitários geridos pela EBSEH?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

O presente trabalho teve por objetivo geral analisar as relações entre as características organizacionais e o uso de indicadores de desempenho hospitalar e de estrutura no âmbito de hospitais públicos federais vinculados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH.

1.3.2 Objetivos Específicos

O objetivo geral desdobrou-se nos seguintes objetivos específicos:

- Descrever o perfil dos hospitais públicos federais ligados à EBSEERH;
- Descrever a intensidade de uso dos indicadores de desempenho e de estrutura dos hospitais universitários federais geridos pela EBSEERH;
- Descrever o perfil de adoção dos indicadores de desempenho pelos hospitais universitários federais geridos pela EBSEERH;
- Apresentar o Ranking de uso dos indicadores de desempenho e de estrutura entre os hospitais universitários federais geridos pela EBSEERH;
- Analisar a significância das relações entre o uso de indicadores de desempenho e de estrutura, e os aspectos referentes ao perfil dos hospitais pesquisados.

2. REFENCIAL TEÓRICO

2.1 NOVA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A primeira reforma administrativa no Brasil foi em 1936, promovida por Maurício Nabuco e Luís Simões Lopes (BRESSE-PEREIRA, 1996). O Estado brasileiro começa a se estruturar formalmente. De acordo com Tojal e Carvalho (1997), esse novo Estado que surgia, tinha uma forte conotação burocrática. Como recurso implantado, possibilita a montagem de dispositivos para a formulação e implementação de políticas, a criação de ocupações técnicas e a classificação de empregos na atividade de serviço público.

Com o intuito de modernizar a administração, criou-se neste período, o Departamento Administrativo do Serviço Público – DASP, que representou não apenas a primeira reforma administrativa do país, com a implantação da administração burocrática, mas também a afirmação dos princípios centralizadores e hierárquicos da burocracia clássica.

Embora, na época de sua implementação, tenham sido introduzidos institutos importantes no setor público, tais como o sistema de méritos e profissionalização através do recrutamento por meio de concurso público, o treinamento sistemático dos funcionários e a observância do cumprimento do regime jurídico do pessoal. Coube ao DASP fazer cumprir a norma constitucional da proibição do acúmulo de cargos públicos e ainda o aperfeiçoamento da técnica de elaboração orçamentária (AVELLAR, 1976).

A administração pública burocrática foi adotada no Brasil na década de 30 para substituir a administração patrimonialista, que ainda mantinha a sua própria força no quadro político brasileiro. O coronelismo passa ser a expressão local do patrimonialismo, dando lugar ao favoritismo e aos privilégios que continuavam a permear o serviço público.

Tornou-se necessário desenvolver um tipo de administração que partisse não apenas a clara distinção entre o político e o administrador público, como também a separação entre o que é privado e o que é público. Surge assim a chamada administração burocrática moderna, racional-legal, que é baseada na centralização das decisões, na hierarquia traduzida no princípio da unidade de supervisão, na estrutura piramidal do poder, nas rotinas rígidas, no controle gradativo do processo de gestão (BRESSER-PEREIRA, 1996).

Algumas dessas características, exercidas de forma extrema pela administração pública, levou à ineficiência dos seus processos, no qual o controle passa a ser a garantia do poder do Estado e transforma-se na sua própria razão de ser, tendo como consequência o Estado voltado para si mesmo perdendo a noção de sua missão básica, que é servir à sociedade.

Com o tempo as organizações burocráticas passam a possuir características negativas, sendo vistas como aquelas onde a quantidade de papel se avoluma, extremo apego dos funcionários aos regulamentos e rotinas, que impedem as soluções rápidas ou eficientes. Os cidadãos, de maneira geral, passaram a dar o nome de burocracia aos defeitos do sistema, ou seja as disfunções e não ao sistema organizacional (CHIAVENATO, 1983).

Devido ao excesso de controle e disciplina, o modelo burocrático passou a ter problemas, o que fez com que a administração carecesse de racionalidade técnica e processual suficiente em termos de resultados. A estrutura hierárquica mostrou-se ineficiente devido a sua rigidez e verticalidade, e a obediência à ética eliminou a criatividade. Na prática verificou-se que a autonomia reduzida levou à ausência de responsabilidade por parte dos servidores. Consequentemente os serviços públicos mostraram-se ineficientes ou de má qualidade, já que o modelo burocrático não privilegia a obtenção de resultados, mas apenas o cumprimento das normas e a obediência às ordens hierárquicas.

A administração burocrática sofreu, ainda, críticas contundentes pelo fato de ser considerada um fim em si mesma. Bresser Pereira (1997) resume de forma objetiva a caracterização deste modelo de administração quando comenta:

A estratégia básica adotada pela administração pública burocrática – o controle hierárquico e formalista ou legal sobre os procedimentos – provou ser inadequada. Esta estratégia talvez pudesse evitar a corrupção e o nepotismo, mas era lenta, cara e ineficiente.

Um dos intentos mais significativos na busca por uma maior autonomia das ações estatais, foi a edição do Decreto-Lei nº 200/67. Esse mandamento legal pode ser considerado como a primeira evidência do modelo de gestão denominado administração pública gerencial, tendo em vista que objetivava proporcionar uma maior flexibilização à rigidez burocrática. Esse novo modelo incorpora às características burocráticas, avanços práticos e teóricos alcançados pela área privada, mantendo, contudo, a particularidade finalística do Estado em atender ao interesse público.

A administração pública gerencial surgiu na segunda metade do século XX da necessidade do Estado em reduzir os custos e aumentar a qualidade dos serviços, tendo o cidadão como beneficiário. A administração gerencial está voltada para o cidadão, baseada na descentralização e no rígido controle do desempenho organizacional, medido por indicadores e definido por contratos de gestão (BRESSER PEREIRA, 1997).

De acordo com Prado (2011, p. 264) “a emergência do gerencialismo se deveu à crise de credibilidade que a administração pública atravessava em vários países, abrindo espaço para uma demanda crescente por práticas da administração empresarial”.

A administração pública gerencial se contrapõe à burocracia partindo do princípio de que não existe a necessidade de procedimentos rígidos e prega a descentralização com delegação de autoridade e de responsabilidade ao gestor público, bem como o rígido controle sobre o desempenho mediante a aferição de indicadores acordados e definidos por contrato de gestão.

A abordagem gerencial, também chamada de “nova administração pública”, segundo Bresser-Pereira (1997) ressalta que “à nova administração pública não basta ser efetiva em evitar o nepotismo e a corrupção: ela tem de ser eficiente ao prover bens públicos e semipúblicos, que cabe ao Estado diretamente produzir ou indiretamente financiar”. Nessa

perspectiva, a Administração Pública Gerencial “nasce como um novo modelo de administração, em que se prima pela qualidade do serviço público, profissionalizando e aperfeiçoando continuamente seus servidores” (BARBOSA, 2012, p. 6).

Segundo Abrucio (1997), os programas governamentais voltados para o aumento da eficiência e a melhoria da qualidade dos serviços prestados ao cidadão, têm denominação genérica de “*gerencialismo*” na administração pública ou mais conhecido pelo termo “*managerialism*”. Motivados pelos objetivos dos administradores e anseios dos administrados, o novo modelo gerencial evoluiu em três estágios, partindo do “*Modelo Gerencial Puro*” para o “*Consumerism*” e finalmente para o “*Public Service Orientation*”, conforme descrito no Quadro abaixo:

Quadro 1 - Evolução da Administração Pública Gerencial.

Objetivo e relação com a Sociedade		
Modelo Gerencial Puro	<i>Consumerism</i>	<i>Public Service Orientation</i>
Economia / Eficiência	Efetividade/Qualidade	Accountability /Equidade
Contribuintes	Clientes/Consumidores	Cidadãos

Fonte: ABRUCIO (1997).

O primeiro movimento foi denominado “gerencialismo puro” e tinha como objetivo básico a preocupação com a redução dos custos, aumento da eficiência da máquina pública, a economia e produtividade, pretendendo sensibilizar os contribuintes, que passam a ser tratados como financiadores da máquina pública (ABRUCIO, 1997).

Com o objetivo principal de reorganizar a Administração Pública, utiliza-se principalmente da redução de gastos para alcançar a eficiência, na qual "o usuário do serviço público é tido somente como o financiador do sistema" (PALUDO, 2012, p. 72).

O Gerencialismo Puro como primeiro estágio, segundo Paludo (2012), foi inspirado na administração de empresas privadas e surgiu na Administração Pública como resposta à crise fiscal do Estado, com o intuito de

[...] tornar a Administração Pública mais ágil no atendimento das demandas sociais, ao mesmo tempo em que pretendia devolver ao Estado a capacidade de investir, mediante a contenção da dívida pública e a redução do custo dos serviços prestados. Foi trazido da iniciativa privada para o setor público o conceito de produtividade (fazer mais com menos), e iniciaram-se as grandes privatizações (PALUDO, 2012, p. 72).

Em seguida, surge o segundo estágio da Administração Gerencial ou *Consumerism*, que incorpora a ideia da efetividade e a busca de melhoria contínua da qualidade dos serviços, descentralização e avaliação na perspectiva dos clientes/consumidores desses serviços. Incorporando os princípios da qualidade na administração pública, visando à obtenção da satisfação dos clientes/consumidores a partir da experiência do setor privado, com a abordagem da Administração da Qualidade Total (*Total Quality Management*) (ABRUCIO, 1997).

O foco passa a ser no usuário do serviço público como um cliente, em que seus anseios são motivos de preocupação e as atenções se voltam para atender o "cliente consumidor" como pagador dos serviços. O *consumerism* não busca a redução de custos "a qualquer preço", pois em primeiro plano está a prestação dos serviços com qualidade. Como afirma (PALUDO, 2012):

Nesse segundo estágio (meados da década 1980, na Inglaterra e Estados Unidos), o foco da administração passa a ser o cliente-usuário dos serviços públicos, e a qualidade é tida como a satisfação de suas necessidades. A ideia de "redução de custos e eficiência a qualquer preço" é incompatível com os valores democráticos e com as necessidades dos usuários: agora a questão do custo está subordinada à avaliação do destinatário dos serviços, o cliente-cidadão. (PALUDO, 2012, p. 73).

Por último, aparece nos anos 90 o "*Public Service Oriented*" (PSO) resgatando os seguintes conceitos: transparência, responsabilidade social, participação política, equidade e justiça. Aperfeiçoando as discussões sobre: eficiência, qualidade, avaliação de desempenho, flexibilidade e planejamento estratégico. Mudando a ideia de que a Administração Pública deve tratar os administrados apenas como clientes, valorizando a equidade nas ações do Estado e incentivando a participação do cidadão e da sociedade nas decisões públicas, passando de mero consumidor para uma conotação mais coletiva de cidadania que inclui direitos e deveres. (ABRUCIO, 1997; PALUDO, 2012).

Segundo Abrucio (1997, p. 26), "toda a reflexão realizada pelos teóricos do PSO leva aos temas do republicanismo e da democracia, utilizando-se de conceitos como *accountability*, transparência, participação política, equidade e justiça". Nesse estágio o termo cliente fica em segundo plano, e o termo cidadão ganha força, pois

[...] traz consigo a noção de tratamento isonômico e a noção de bem comum. Assim, destaca-se a busca pela equidade, ou seja, a busca por um tratamento igual para os iguais (os que se encontram em situações semelhantes). O termo cidadão não é uma via de mão única, não tem apenas direitos, mas também obrigações, como a de

fiscalizar a coisa pública e cobrar o *accountability* (prestação de contas dos responsáveis) dos gestores pelos atos praticados. (PALUDO, 2012, p. 73)

No que diz respeito à orientação para o serviço público Martins (1997 trouxe-nos a seguinte colaboração:

Ao contrário dos anteriores, que se concentravam no “como?” da ação estatal, este modelo preocupa-se no “o que?”. Dessa forma, propõe uma revalorização da política na definição das finalidades estatais, aumento da *accountability*, participação, transparência, equidade e justiça. (MARTINS, 1997, p. 67)

Abrucio (1997) faz a seguinte observação a respeito da evolução da Administração Pública Gerencial:

Esta classificação traz duas importantes constatações. A primeira, e mais óbvia, é que há uma modificação substancial ao longo do tempo, do gerencialismo puro ao *public service orientation*. A constatação mais importante, no entanto, é que embora haja diferenças entre as teorias, elas não são mutuamente excludentes. Ao contrário, o que se percebe é que há uma incorporação dos aspectos positivos de cada teoria. A passagem de uma teoria a outra é realizada através de uma crescente inclusão de temas. (ABRUCIO, 1997, p.13)

Houve, como se percebe, o interesse de se criar um ambiente gerencial na administração pública brasileira, tendo a satisfação dos interesses dos cidadãos como o norteador das ações do Estado. Pode-se considerar, portanto, que a finalidade maior na criação da administração gerencial, é a de considerar o indivíduo, economicamente, como consumidor (ou usuário) e, politicamente, como cidadão (Bresser Pereira, 1997).

Desta forma, o objetivo da reforma administrativa é fortalecer a governança, ou seja, a capacidade do Estado de implementar políticas, por meio da transição de uma administração pública burocrática, rígida e ineficiente para uma gestão voltada para o atendimento ao cidadão, uma administração pública flexível e eficiente.

Um grande exemplo neste sentido foi a publicação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado em 1995. Esse Plano teve como objetivo básico a transformação da administração pública burocrática em gerencial, buscando tornar o Estado menor, mais eficiente e mais voltado ao atendimento das demandas dos cidadãos (Bresser Pereira, 1997).

Seguindo esse pensamento é possível perceber que o ambiente público se encontra num momento de redefinição de seus alicerces, surgindo a necessidade da prestação de serviços ser aprimorada pelos entes públicos. Para Suzuki e Gabbi (2009) a preocupação com

a melhoria do desempenho se refletiu também na inclusão do princípio da eficiência na administração pública.

2.2 EFICIÊNCIA NO SETOR PÚBLICO

O princípio da eficiência é o mais recente dos princípios constitucionais da Administração Pública brasileira, e a aceitação desse diploma, que foi introduzido pela Emenda Constitucional nº 19/98, como pressuposto norteador, ganhou papel de destaque para a avaliação de desempenho público e assim surgiu a necessidade de modelos mais adequados à mensuração e controle dos resultados (DA PAZ, 2003; CASTRO, 2005).

Di Pietro (2005) destaca o aspecto duplo pelo qual o princípio da eficiência pode ser analisado, tanto pela atuação do agente público quanto pela forma na qual é estruturada a Administração Pública. Sobre o assunto a autora afirma que o princípio da eficiência tem duas vertentes: pode ser considerado em relação ao modo de ação do agente público, e espera-se que ele possa cumprir melhor as suas funções para obter os melhores resultados. E na forma de organizar, e regular a administração pública, tem o mesmo objetivo de alcançar os melhores resultados na prestação de serviços públicos.

Eficiência e eficácia têm conceitos e sentidos distintos, cada um refere-se a algo específico e a não compreensão das diferenças sutis entre eles, ou até mesmo a confusão entre os termos pode provocar alterações nos processos. Por mais que possamos por vezes confundi-los, é de fundamental importância saber distingui-los. De acordo com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG, 2013), o conceito de eficiência é o seguinte:

Medida que possui estreita relação com a produtividade, ou seja, o quanto se consegue produzir com os meios disponibilizados. Assim, a partir de um padrão ou referencial, a eficiência de um processo será tanto maior quanto mais produtos e/ou serviços forem obtidos com menor quantidade de insumos. (MPOG, 2013, p.63)

Assim, para o MPOG, a eficiência na gestão pública é obtida por intermédio da maximização das entregas (produtos/serviços) e minimização dos insumos, simultaneamente. A eficiência está relacionada ao desempenho, e ela é atingida quando o desempenho empregado na atividade é igual ou ultrapassa o desempenho esperado.

Segundo publicação do Tribunal de Contas da União (TCU, 2000), a eficiência pode ser conceituada como sendo:

A relação entre os produtos (bens e serviços) gerados por uma atividade e os custos dos insumos empregados para tal em um determinado período de tempo. Se a quantidade de produto está predeterminada, procura-se minimizar o custo total; se o gasto total está previamente fixado, procura-se otimizar a combinação de insumos para maximizar o produto; em ambos os casos a qualidade deve ser mantida. Essa dimensão, portanto, mede o esforço do processo de transformação de insumos em produtos. (TCU, 2000, p.15)

Desta forma, a obtenção da eficiência na gestão pública, para o TCU, se dará por meio da maximização do produto e concomitante minimização dos custos.

Para (Bugarin, 2001) a eficiência se vincula à forma de realizar determinada tarefa/atividade. Considerando que se determinada tarefa é desenvolvida de acordo com as normas e padrões estabelecidos, ela estará se realizando de forma eficiente. Neste conceito não caberia examinar se aquilo que foi produzido com eficiência é eficaz, isto é, se o produto ou resultado do produto do trabalho eficiente está condizente com a finalidade proposta.

Podemos dizer que a eficiência não está focada nos fins, ela é voltada para os meios, pois está focada nas ações. Seria cumprir com o que foi proposto, o meio com que se atinge um resultado, fazer as coisas do modo correto. Meggnison (1998) nos exemplifica sobre o conceito de eficiência apontando que:

A eficiência é a capacidade de “fazer as coisas direito”, é um conceito matemático: é a relação entre insumo e produto (input / output). Um administrador eficiente é o que consegue produtos mais elevados (resultados, produtividade, desempenho) em relação aos insumos (mão de obra, material, dinheiro, máquinas e tempo) necessários à sua consecução. Em outras palavras, um administrador é considerado eficiente quando minimiza o custo dos recursos usados para atingir determinado fim. Da mesma forma, se o administrador consegue maximizar os resultados com determinada quantidade de insumos será considerado eficiente (MEGGINSON *et al*, 1998, p.11)

Por outro lado, eficácia trata de resultados, de se fazer as coisas certas. Considerada mais estratégica, avalia objetivos e meios para se chegar ao final. Nas organizações, eficácia está remetida ao nível gerencial, pois trabalha na articulação e planejamento para obter resultados. Enquanto eficiência leva em conta fatores como custo x benefício, a eficácia é voltada para o resultado.

Eficácia é uma medida normativa do alcance dos resultados, enquanto eficiência é uma medida normativa da utilização dos recursos nesse processo. [...] A eficiência é uma relação entre custos e benefícios. Assim, a eficiência está voltada para a melhor maneira pela qual as coisas devem ser feitas ou executadas (métodos) a fim de que os recursos sejam aplicados da forma mais racional possível [...]. (CHIAVENATO, 1994, p.70)

Para (COHEN; FRANCO, 1993; apud TCU, 2010) a eficácia é definida como “o grau de alcance das metas programadas, em um determinado período de tempo, independentemente dos custos implicados”.

Para Torres (2004), eficácia é basicamente a principal preocupação do conceito relacionado ao cumprimento dos objetivos necessários para uma dada ação estatal, e pouca consideração é dada aos meios e mecanismos utilizados para atingir esses objetivos. Percebe-se assim, que a eficiência não está preocupada com os fins, mas sim com os meios, voltada para operações do ponto de vista interno de uma organização, enquanto a eficácia é focada em seus fins, seus objetivos, com foco em aspectos externos da organização.

No nível estadual, pode-se dizer que eficácia se refere ao cumprimento das metas esperadas e ao grau em que o governo planeja produzir resultados por meio de suas metas de desempenho dentro de um prazo determinado. É importante destacar que nesse contexto pode ocorrer que numa dada organização pública seja altamente eficaz e ao mesmo tempo bastante ineficiente. Isso ocorre quando ela gera os resultados esperados a custos elevados. (BUGARIN, 2001).

No âmbito governamental o gestor deve se preocupar não apenas em alcançar seus objetivos, mas também, em utilizar os recursos disponíveis de maneira a maximizar sua produtividade. Bio (1996) destaca que uma empresa eficiente é aquela que consegue produzir com o menor dispêndio possível de recursos. Portanto, ao menor custo por unidade produzida. Já a eficácia estaria voltada para a escolha de soluções acertadas para determinados problemas e necessidades. No entanto, o autor une eficiência à eficácia quando alega que: “a eficácia depende não somente do acerto das decisões estratégicas e das ações tomadas no ambiente externo, mas também do nível de eficiência” (BIO, 1996, p.22).

De acordo com Bugarin (2001), há uma abordagem doutrinária que consagra uma tríplice e sutil repartição conceitual concernente aos resultados obtidos por uma dada organização: eficiência, eficácia e efetividade. Dessa tripartição pode-se inferir que, embora tenham conceitos distintos não podem andar separadas. A base da tríplice repartição conceitual diz que a efetividade refere-se ao resultado global atingido por determinada organização (de fins lucrativos ou não), e isso implica na busca e realização, ao mesmo tempo, dos atributos de eficácia e eficiência. Para o autor, os termos efetividade, eficácia e eficiência são vislumbrados da seguinte forma:

Efetividade é vista como a expressão do desempenho de uma empresa (organização) em função da relação entre os resultados alcançados e os objetivos propostos ao longo do tempo. Eficácia, por sua vez, significa fazer o que é preciso fazer para alcançar determinado objetivo. Não se confunde com a eficiência, uma vez que se refere especificamente ao resultado do trabalho realizado, ou seja, se este é adequado a um fim proposto. Pode, todavia, ocorrer que o produto em si seja considerado adequado, no entanto, o seu processo se dê sem eficiência, levando a um resultado final não apropriado. (BUGARIN, 2001, p 41)

Para Cohen e Franco (1993 apud TCU, 2010, p. 12) a efetividade refere-se, “à relação entre os resultados de uma intervenção ou programa, em termos de efeitos sobre a população-alvo (impactos observados), e os objetivos pretendidos (impactos esperados), traduzidos pelos objetivos finalísticos da intervenção”.

Para Torres (2004) a efetividade é a medida que os resultados de uma ação trazem em benefícios para a população ou empresa. Ou seja, ela é mais abrangente do que a eficácia, tendo em vista que a mesma estaria referida apenas sobre os objetivos, enquanto a efetividade mostraria se aquele objetivo trouxe melhorias para seu público. O autor ainda afirma que:

Efetividade: é o mais complexo dos três conceitos, em que a preocupação central é averiguar a real necessidade e oportunidade de determinadas ações estatais, deixando claro que setores serão beneficiados e em detrimento de que outros atores sociais. Essa averiguação da necessidade e oportunidade deve ser a mais democrática, transparente e responsável possível, buscando sintonizar e sensibilizar a população para as políticas públicas. Este conceito não se relaciona estritamente com a ideia de eficiência, que tem uma conotação econômica muito forte, haja vista que nada mais impróprio para a administração do que fazer com eficiência o que simplesmente não precisa ser feito. (TORRES, 2004, p.175)

Nem sempre seremos eficientes e eficazes ao mesmo tempo, podemos tomar como exemplo uma prefeitura que resolve construir uma ponte que liga nada a lugar algum, sua estrutura pode até ter sido feita com as melhores técnicas e processos, mas não terá serventia para os munícipes, pois não conseguiu atingir o objetivo proposto. Dalf (1999) afirma em sua obra que:

Às vezes a eficiência conduz a eficácia. Em outras organizações eficiência e eficácia não são relacionadas. Uma organização pode ser altamente eficiente e não conseguir seus objetivos porque fabrica um produto para o qual não existe demanda. De maneira análoga, uma organização pode alcançar suas metas de lucros, mas ser ineficiente. (DALF, 1999, p,39)

Souza *et al.* (2008) enfatizam que tanto a Emenda Constitucional nº 19/1998 quanto a Lei Complementar nº 101/2000, mais conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) iniciaram uma série de mudanças na administração pública, o que resultou numa busca pela eficiência e efetividade da ação governamental voltada principalmente para a gestão de

custos. Os contribuintes têm exigido que o dinheiro público oriundo das receitas seja mais bem gerenciado e despendido, fazendo com que se controlem resultados em vez de controlar, passo a passo, as normas e os procedimentos (ZUCATTO et al., 2009).

Como reforço complementar surge a Lei 13.460/2017 (também denominada Lei de Defesa do Usuário do Serviço Público ou Código de Defesa do Usuário do Serviço Público), é um importante instrumento para o controle social na busca pela melhoria na qualidade dos serviços prestados. O referido diploma legislativo regulamenta, inicialmente, o artigo 37, parágrafo 3º da CRFB, alterado pela EC 19/1998, que estabelece as normas sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços da administração pública direta e indireta, regulando especialmente:

As reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços; e a disciplina da representação contra o exercício negligente ou abusivo de cargo, emprego ou função na administração pública (CRFB, 1988).

Dessa forma, a gestão voltada para resultados surge na medida do necessário e é considerada uma poderosa ferramenta metodológica de monitoramento e avaliação das ações governamentais em um sistema político democrático. Avaliar os resultados obtidos nas ações governamentais, respeitar todos os aspectos de eficiência, eficácia e efetividade, para que os políticos possam fazer correções nos rumos de seu processo de trabalho, e oportunizar o desenvolvimento de estratégias de monitoramento do cidadão (SEGEP, 2013).

A busca pela Excelência em Gestão Pública reforça a necessidade da adoção de um planejamento estratégico, de uma visão estratégica sobre a gestão. Essa visão estratégica significa o estabelecimento de procedimentos estratégicos, com formulação de objetivos preestabelecidos e orientadores das ações nos diversos níveis da organização, com possibilidade de mensuração e avaliação dos resultados previamente esperados (PERDICARIS, 2009).

O estímulo à avaliação constante de desempenho da gestão pública vem requerendo cada vez mais a mensuração dos objetivos, metas e resultados alcançados, tanto em relação aos custos despendidos, como em relação ao que fora proposto e planejado (SILVA; DRUMOND, 2004).

Para Sano e Montenegro (2013), não se deve apenas avaliar se há desperdício ou abuso de recursos, mas também comparar sua eficiência com outras organizações que podem se tornar uma referência.

Sano e Montenegro (2013) definem eficiência como o fazer mais com menos recursos, eficácia como resultado da relação entre metas alcançadas versus metas pretendidas e efetividade com a avaliação das transformações ocorridas.

Na gestão governamental poderíamos dizer que eficiência é o uso inteligente de recursos nos processos administrativos, com o foco voltado para os custos e benefícios de determinada atividade a fim de atingir os objetivos propostos para ser eficaz. Difere-se da efetividade, pois esta é a relação entre os objetivos propostos e atingidos. A efetividade concentra-se na qualidade dos resultados, é a avaliação do efeito positivo causado nas questões econômicas, socioculturais, ambientais e institucionais.

2.3 OBJETIVOS DA MENSURAÇÃO DE DESEMPENHO NO SETOR PÚBLICO

A sociedade passou a exercer uma cobrança acentuada por resultados que viessem a suprir suas necessidades, surgindo assim o anseio de se implantar modelos gerenciais que pudessem ser adequados ao setor público, sendo um desses desejos a implantação do sistema de mensuração de desempenho (DA PAZ, 2003).

As pressões sociais sobre os Governos e, em geral, sobre os gestores públicos, para melhorar a qualidade de seus produtos/serviços são vistas como uma tendência internacional, em que, segundo Arnaboldi *et al.*(2015):

Há pressões implacáveis sobre os gestores de serviços públicos para agir sobre a qualidade dos seus serviços. A ideia de "mais com menos" tornou-se um slogan, uma vez que os gestores procuram manter ou melhorar a qualidade da prestação de serviços. Este fenômeno é generalizado - uma tendência internacional da qual não há escapatória para os gestores de serviço público. (ARNABOLDI *et al.*, 2015, p.1)

Segundo (ARAÚJO, 2017) supondo que exista um comprometimento por parte do Governo, os cidadãos, de forma individual, não têm poder suficiente para influenciar com substancialidade o conteúdo e a forma de compilação e comunicação de informações sobre o desempenho.

Dessa forma, diferentes grupos de cidadãos e organizações sociais com propósitos coincidentes formam um conjunto amplo de interessados pelos resultados da mensuração de desempenho (BRIGNALL, MODELL, 2000). A existência e a importância de um conjunto amplo de partes interessadas têm sido reconhecidas como influência para o direcionamento dos resultados da mensuração do desempenho, em que o governo deve se esforçar para balancear e integrar medidas que possam refletir os interesses das diferentes partes desse conjunto (KAPLAN, NORTON, 1999).

Os indicadores de desempenho são essenciais para analisar o desempenho dos processos e verificar o alinhamento com a estratégia estabelecida. Assim, são instrumentos importantes para o controle da gestão por aumentarem a transparência e pela função de ferramenta gerencial para a administração pública, tornando-se um instrumento fundamental para a fiscalização da gestão pública por parte dos movimentos populares (ZUCATTO *et al.*, 2009). Segundo Alonso (1999, p.44), “sem um sistema de avaliação de resultados e de custos, a administração pública abre margem para encobrir ineficiência”.

Assim, com a adoção de indicadores de desempenho na atividade estatal, torna-se possível à Administração Pública verificar desperdícios e avaliar as relações entre custo e benefício das diversas alternativas de políticas públicas que estão à disposição, permitindo que a prestação de serviços ou produção de bens públicos possam ser produzidos com menor custo e maior eficiência e eficácia (SILVA; DRUMOND, 2004).

A promoção da mensuração de desempenho como ferramenta para avaliar a *accountability* (prestação de contas) gerencial significa, ao mesmo tempo, que os gerentes devem usar os dados sobre desempenho para demonstrar que o dinheiro alocado a seus programas foi bem gasto e que devem melhorar as operações dos programas que administram (NEWCOMER, 1999).

No tangente à mensuração de desempenho no setor público, pode-se dizer que se trata de uma ferramenta administrativa que estabelece, além da obrigação de se ressaltar suas peculiaridades administrativas e institucionais, o cuidado de se ponderar acerca das características da natureza do serviço prestado por este poder.

Logo, o sistema de medição de desempenho tem por objetivo estabelecer o grau de evolução, estagnação ou involução dos processos e atividades da empresa, assim como o grau

da adequação ao uso de seus bens e serviços. Ele deve fornecer informação adequada e no momento preciso, a fim de prover ações preventivas e/ou corretivas que levem à conquista de metas e objetivos da empresa.

Partindo dessa suposição, Behn (2003, p. 588) enumera oito diferentes propósitos que os gestores públicos podem usar para a realização da mensuração de desempenho no setor público. Para cada propósito há um questionamento que o gestor público se faz, e a medição de desempenho pode ajudar a responder. Sempre reconhecendo que, “para a mensuração do desempenho, o propósito real do gestor público - na verdade, o único propósito real - é melhorar o desempenho”. O Quadro abaixo apresenta esses propósitos básicos definidos por Behn (2003):

Quadro 2 – Propósitos básicos do gestor público

O Propósito	A pergunta do gestor público que a medida de desempenho pode ajudar a responder
Avaliação	Qual é o desempenho da minha agência pública?
Controle	Como posso garantir que meus subordinados estão fazendo a coisa certa?
Orçamento	Em quais programas, pessoas ou projetos a minha agência deve gastar o dinheiro público?
Motivação	Como posso motivar o pessoal de linha, gerentes médios, colaboradores sem fins lucrativos e com fins lucrativos, partes interessadas e cidadãos a fazerem as coisas necessárias para melhorar o desempenho?
Promoção	Como posso convencer os superiores políticos, legisladores, interessados, jornalistas e cidadãos de que minha agência está fazendo um bom trabalho?
Celebração	Que realizações são dignas do importante ritual organizacional de celebrar o sucesso?
Aprendizagem	Por que é que algo funciona ou não funciona?
Melhoria	O que exatamente alguém deve fazer diferente para melhorar o desempenho?

Fonte: Behn (2003, p. 588).

Com o mesmo entendimento, Behn (2003) e Pacheco (2006) afirmam que a mensuração de desempenho se justifica pelo menos pelas razões de controlar, orçamentar, motivar, promover, celebrar, aprender e melhorar. E ainda, a medição de desempenho não pode ser um fim em si mesma, deve-se ser utilizada como ferramenta efetiva de melhoria de desempenho organizacional.

No Brasil, as organizações públicas têm focado a avaliação de gestão, quase que exclusivamente, nas funções de controle com ênfase no cumprimento dos requisitos legais, e segundo Araújo, Matos e Ensslin (2020) o foco tem sido excessivo principalmente no que dizem respeito ao uso de medidas financeiras. O objetivo dessa avaliação praticamente se resume na análise dos resultados obtidos entre o orçamento previsto e o executado (LIMA, 2007).

Assim, deve existir o cuidado para que as medições não sejam voltadas para a simples comparação de resultados como instrumento unicamente de controle. Esta visão remete a uma mudança de paradigma no setor público, haja vista que sempre houve uma preocupação exagerada com a conformidade dos atos às normas e formalização de procedimentos. Ou seja, a mentalidade voltada para os processos e não para os resultados a serem atingidos. Pacheco (2006).

Alguns objetivos são elencados pela SEGEP em seu Manual para a Gestão do Desempenho conforme detalhado:

- Alinhar os processos de trabalho com a missão e com os objetivos estratégicos da instituição, buscando vincular a atuação do servidor e das equipes com o alcance das metas institucionais;
- Subsidiar o desenvolvimento de programas de capacitação, por meio da identificação de necessidades de aprendizagem e do incentivo ao aperfeiçoamento profissional, visando a ampliar a qualificação dos servidores;
- Dar apoio ao processo de revisão do planejamento estratégico;
- Identificar necessidades de adequação funcional relacionadas a problemas de adaptação ao cargo, à função ou à instituição;
- Democratizar o ambiente de trabalho, estabelecendo um diálogo contínuo com servidores e equipes a respeito dos resultados desejados pela instituição, pelos cidadãos e pela sociedade, acompanhando a superação dos desafios propostos e articulando consensualmente as correções de rumo necessárias.
- Analisar os processos de trabalho e diagnosticar melhorias visando a proporcionar insumos para o desenvolvimento organizacional e para o aperfeiçoamento da prestação dos serviços públicos. (SEGEPE, 2013, 11-12)

Para o (TCU, 2000) os indicadores de desempenho podem realizar avaliações qualitativas e quantitativas da organização por meio de seus principais planos e/ou departamentos; focar áreas relacionadas de desempenho para causar mudanças na estrutura e função, eliminando assim contradições entre tarefas, estruturas e objetivos; auxiliar no desenvolvimento organizacional e formular políticas de médio e longo prazo; melhorar a coordenação organizacional com base em discussões razoáveis sobre os resultados e estabelecer compromissos entre os diferentes departamentos da organização; incluir o sistema de reconhecimento para melhorar o desempenho da organização e dos indivíduos; acompanhamento e avaliação do desempenho ao longo do tempo e ainda a comparação entre: desempenho anterior x desempenho corrente, desempenho corrente x padrão de comparação, desempenho planejado x desempenho real.

Pacheco (2009), por sua vez, evidencia outros objetivos perseguidos pela mensuração de desempenho, como transparência de custos e de resultados, a melhoria da qualidade dos serviços prestados e motivação de servidores. A avaliação de desempenho no contexto de mudanças estruturais enfrentadas pelo Estado é entendida pela autora da seguinte maneira:

Mensurar resultados é uma ferramenta que vem sendo parte de um conjunto abrangente de mudanças que incluem a revisão da macro-estrutura do Estado e a criação de “*arm's length organizations*” (agências e organizações públicas não-estatais), a definição prévia de resultados a alcançar, a concessão de flexibilidades à organização que se compromete previamente com resultados, o reconhecimento do papel do *public manager* a quem é concedida maior autonomia e imputada nova responsabilização pelos resultados visados; tais mudanças são acompanhadas portanto de uma nova distribuição de responsabilidades, ou *accountability* por resultados. (PACHECO, 2009, p. 3)

Segundo Jann e Reichard (2002) a mensuração de desempenho é o ponto principal nas mudanças em curso e o pilar de sustentação de duas das três inovações responsáveis pela melhoria de desempenho das organizações públicas: a contratualização de resultados e o orçamento por produto aliado à contabilidade gerencial.

Behn (2003) argumenta ainda que há vários outros propósitos para medir o desempenho, não estão incluídos em sua lista, como: planejamento, tomada de decisões, modificação de programas, definição de metas de desempenho, reconhecimento do bom desempenho, comparação de desempenho, informação a *stakeholders*, contratação de desempenho e promoção de responsabilidade; porque são realmente subpropósitos de um ou mais dos seus oito propósitos básicos.

Para qualquer que seja o propósito, o processo de medição de desempenho tem por intenção fornecer informações confiáveis e válidas sobre o desempenho. Contudo, no contexto da gestão governamental, mesmo confiáveis e válidos, esses dados são de pouca utilidade para os gestores governamentais, se eles não têm uma ideia clara sobre como usá-los ou se os dados não são adequados para esse uso específico (THEURER, 1998).

De acordo com a Lei nº 11.784/2008, a avaliação de desempenho tem como objetivo promover a melhoria da qualificação dos serviços públicos e subsidiar a política de gestão de pessoas, principalmente quanto à capacitação, desenvolvimento no cargo ou na carreira, remuneração e movimentação de pessoal (incisos I e II do caput do art. 140) (SEGEP, 2013).

Entende-se, de uma forma geral, que os gestores públicos podem usar medidas de desempenho para atingir concomitantemente uma série de propósitos muito diferentes, que precisam ser escolhidas cuidadosamente para que sejam apropriadas ao alcance de cada propósito individualmente.

Contudo, coloca-se nessa discussão o comprometimento que os Governos devem ter com as expectativas da sociedade por melhor desempenho das suas ações e, nesse sentido, o foco na medição do desempenho, em todos os níveis de governo e em organizações sem fins lucrativos, reflete as demandas dos cidadãos para provas de efetividade dos programas implementados (BRIGNALL; MODELL, 2000).

Portanto, avaliar a gestão de uma organização pública significa verificar a conformidade de suas práticas de gestão com referenciais de excelência. Por meio da avaliação podem ser determinadas as vantagens e oportunidades de melhoria, que podem ser consideradas aspectos subdesenvolvidos da gestão relacionados ao modelo e, portanto, devem ser objeto de medidas de melhoria (GESPÚBLICA, 2008).

2.4 SISTEMAS DE MENSURAÇÃO DE DESEMPENHO NO SETOR PÚBLICO

Ao analisar a distinção sobre a mensuração do desempenho no setor privado e no setor público no Brasil, Vieira e Vieira (2003) destacam que os agentes públicos responsáveis pelos resultados das ações são fortemente vinculados a condições jurídicas distintas do setor privado. Isso resulta em estabilidade funcional independente da produtividade, isonomia

salarial, planos de carreira longitudinais e enquadramento psicológico da condição de órgão público.

No setor público, a abordagem mais comum é a avaliação de controle, que tem como premissa básica atender aos requisitos legais, o processo de avaliação é mais complicado porque deve considerar também os resultados sociais produzidos. Portanto, a natureza da avaliação da gestão do setor público é diferente daquela do setor privado, que é predominantemente administrativo. (OLIVEIRA, 2009).

No Brasil, as organizações públicas têm focado a avaliação da gestão, quase que exclusivamente, nas funções de controle com ênfase no cumprimento dos requisitos legais, principalmente aos que dizem respeito ao uso dos recursos financeiros. O objetivo dessa avaliação praticamente se resume na análise dos resultados obtidos entre o orçamento previsto e o executado (LIMA, 2007).

De acordo com Dutra e Ensslin (2005).

é imprescindível à constante avaliação do desempenho da gestão pública com a mensuração dos objetivos, metas e resultados alcançados, considerando a proposta, o planejamento e os custos despendidos para tais intentos”. No entanto, o que se tem percebido é que os sistemas de avaliação, na sua quase totalidade, consideram apenas o fator econômico, isto é, os custos incorridos pela gestão pública, restringindo a atuação governamental, em prol da sociedade, a índices físicos e escalas qualitativas, o que inviabiliza uma avaliação completa da gestão. (DUTRA; ENSSLIN, 2005, p. 09)

Já para um sistema de avaliação de resultados da gestão pública, Ospina (2002) sugere um modelo composto de três enfoques de análise: macro, médio e micro. O macro trataria do desempenho do governo na implementação de suas políticas públicas, o médio consideraria o desempenho das organizações públicas e o micro mediria a contribuição produzida pelo desempenho dos servidores no cumprimento da missão.

Além disso, Ospina (2002) ainda destaca a diferença entre os termos “medição do desempenho” e “gestão do desempenho”, mostrando que o primeiro se refere à criação de um sistema de indicadores com mecanismos de medição para aferir o desempenho das políticas, organizações e servidores públicos; e o segundo se refere ao uso dessas informações no momento das tomadas de decisões dos gestores das organizações.

Contudo, para gerenciar o desempenho de uma organização há necessidade de um sistema de medição que permita o monitoramento, manutenção e controle das atividades; além de viabilizar o seu crescimento e aprimoramento contínuo. Surge, assim, a importância atribuída aos indicadores no controle das operações, quais sejam: conhecer e identificar pontos críticos que possam vir a comprometer o desempenho e auxiliar no processo de implementação e gerenciamento das melhorias e mudanças (BOND, 2001.).

Com base nesse conceito, torna-se imprescindível a aplicação da medição de desempenho no serviço público tendo em vista que as regras de conduta aplicadas irão apontar as responsabilidades pelo não cumprimento de metas estabelecidas, aprimorando, assim, a qualidade da prestação do serviço.

Só em 2008, a publicação da Lei nº 11.784 instituiu a sistemática para avaliação de desempenho dos servidores da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Na perspectiva de desempenho institucional, a referida lei, em seu art. 141, define a avaliação de desempenho como o monitoramento sistemático e contínuo da atuação individual do servidor e institucional dos órgãos e das entidades que compõem o Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC), tendo como referência suas metas globais e intermediárias.

A norma citada no parágrafo anterior diferencia dois aspectos de desempenho a serem avaliados: o institucional e o individual. O primeiro consiste em padrões e fatores, que refletem a contribuição da equipe para atingir as metas intermediárias e os resultados alcançados por toda a organização. Enquanto que o segundo consiste na aferição dos fatores que refletem as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) verificadas no desempenho individual das tarefas, atividades ou projetos. (metas globais) (IBAMA, 2011; SEGEP, 2013).

Embora se associe normalmente a avaliação de desempenho à mensuração de eficiência na gestão de programas públicos, este não é, evidentemente, o único e, eventualmente, nem o mais importante critério a ser utilizado na avaliação. A lista dos critérios que podem ser utilizados é longa e a escolha de um, ou vários deles, depende dos aspectos que se deseja privilegiar na avaliação. (COSTA, 2003)

Sano e Montenegro (2013) ressaltam limitações ao desenvolvimento social quando os atores envolvidos na gestão pública não estão envolvidos com estes conceitos que resultam em impactos negativos na vida de todos os cidadãos, daí decorrendo uma avaliação sistemática, contínua e eficaz que esbarra na falta de clareza quanto a indicadores de desempenho no setor público.

O TCU (2011), por sua vez, classifica os indicadores de acordo com a dimensão de desempenho medida: de economicidade (mede o custo dos insumos e os recursos alocados para a atividade), de eficiência (mede relações entre quantidade de produto e custo dos insumos ou características do processo, como o tempo de produção), de eficácia (mede quantidade de produto, alcance de metas de entrega de bens e serviços) e de efetividade (mede o alcance dos objetivos finalísticos, traduzidos em solução ou redução de problemas na sociedade).

Existe na literatura várias definições para indicadores de desempenho. O TCU (2011) emprega a definição mais objetiva, considerando indicador de desempenho um número, percentagem ou razão que mensura um aspecto do desempenho, com o objetivo de comparação com metas pré-estabelecidas. O MPOG (2010) conceitua indicadores como ferramentas que podem identificar e medir aspectos relacionados a conceitos, fenômenos, problemas ou resultados de intervenções específicas.

Há diferentes métodos de classificação para indicadores de desempenho. Rua (2004) define que um indicador pode ser simples (uma única medição) ou composto; direto ou indireto, relacionado à característica mensurada; específico (atividade ou processo específico) ou global (resultado esperado pela organização como um todo), quanto à dimensão da medição; e direcionadores (mostram que algo pode acontecer) ou resultantes (apontam o que ocorreu).

Segundo Jannuzzi (2002 e 2005), os indicadores podem ser classificados de acordo com a área temática da realidade social (saúde, educação, mercado de trabalho, etc.), o método de obtenção de mensuração (objetivo e subjetivo), a natureza da entidade especificada (índice de entrada para classificar o índice, processo índice, índice de produto, índice de resultado e indicadores de impacto) e complexidade (simples e complexo, ou seja, análise e síntese).

O TCU (2011) ressalta a importância do uso de indicadores e sua contribuição para a sociedade.

Sendo assim, do ponto de vista da sociedade, os ID [indicadores de desempenho] contribuem para a transparência sobre como estão sendo usados os recursos públicos e sobre quais resultados estão sendo alcançados. Do ponto de vista da organização pública, os indicadores fazem parte do sistema de feedback sobre desempenho e alimentam o processo de aprendizagem organizacional. Para os órgãos de controle, a existência de bons sistemas de monitoramento e avaliação, dos quais os indicadores fazem parte, tornam o ambiente mais auditável. Trata-se, portanto, de ferramenta tanto de planejamento quanto de controle.

Para o (TCU 2000) as informações sobre desempenho são essencialmente comparativas. Um conjunto de dados isolado mostrando os resultados atingidos por uma instituição não diz nada a respeito do desempenho da mesma, a menos que seja confrontado com metas ou padrões preestabelecidos, ou realizada uma comparação com os resultados atingidos em períodos anteriores, obtendo-se assim uma série histórica para análise. O (TCU 2000) destaca ainda algumas qualidades desejáveis que devem ser verificadas na análise de indicadores de desempenho, seja nos já existentes ou na elaboração de novos.

1 - Representatividade: o indicador deve ser a expressão dos produtos essenciais de uma atividade ou função; o enfoque deve ser no produto: medir aquilo que é produzido, identificando produtos intermediários e finais, além dos impactos desses produtos (outcomes). Este atributo merece certa atenção, pois indicadores muito representativos tendem a ser mais difíceis de ser obtidos.

2 - Homogeneidade: na construção de indicadores devem ser consideradas apenas variáveis homogêneas. Por exemplo, ao estabelecer o custo médio por auditoria, devem-se identificar os diversos tipos de auditoria, já que para cada tipo tem-se uma composição de custo diversa.

3 - Praticidade: garantia de que o indicador realmente funciona na prática e permite a tomada de decisões gerenciais. Para tanto, deve ser testado, modificado ou excluído quando não atender a essa condição.

4 - Validade: o indicador deve refletir o fenômeno a ser monitorado.

5 - Independência: o indicador deve medir os resultados atribuíveis às ações que se quer monitorar, devendo ser evitados indicadores que possam ser influenciados por fatores externos.

6 - Confiabilidade: a fonte de dados utilizada para o cálculo do indicador deve ser confiável, de tal forma que diferentes avaliadores possam chegar aos mesmos resultados.

7 - Seletividade: deve-se estabelecer um número equilibrado de indicadores que enfoquem os aspectos essenciais do que se quer monitorar.

8 - Simplicidade: o indicador deve ser de fácil compreensão e não envolver dificuldades de cálculo ou de uso.

9 - Cobertura: os indicadores devem representar adequadamente a amplitude e a diversidade de características do fenômeno monitorado, resguardado o princípio da seletividade e da simplicidade.

10 - Economicidade: as informações necessárias ao cálculo do indicador devem ser coletadas e atualizadas a um custo razoável, em outras palavras, a manutenção da base de dados não pode ser dispendiosa.

11 - Acessibilidade: deve haver facilidade de acesso às informações primárias bem como de registro e manutenção para o cálculo dos indicadores.

12 - Estabilidade: a estabilidade conceitual das variáveis componentes e do próprio indicador bem como a estabilidade dos procedimentos para sua elaboração são

condições necessárias ao emprego de indicadores para avaliar o desempenho ao longo do tempo. (TCU, 2000, p. 12-14)

Seis diferentes métodos de avaliação de desempenho na gestão pública com base nos “3Es” (Eficiência, Eficácia e Efetividade) são sugeridos por Sano e Montenegro (2013).

1º Balanced Scorecard - Ghelman (2006 apud Sano e Montenegro, 2013) apresenta um modelo do Balanced Scorecard adaptado aos preceitos de uma nova gestão pública focada nos resultados, preservando as especificidades da área pública. Dentre os ajustes o autor preza pela conveniência das medidas de desempenho nas dimensões da: a) eficiência buscando a otimização dos recursos dos contribuintes; b) eficácia, por meio da qualidade dos serviços; e c) efetividade, buscando orientar as ações públicas para o atendimento ao cidadão. O autor ressalta a preocupação com o monitoramento sistemático dos resultados.

O autor apóia a utilização dos 3 Es, contanto que o uso de seus indicadores não seja feito de maneira isolada. Pois, quando a aplicação desses construtos não se fizer de maneira conjunta podem comprometer a qualidade dos serviços. Ainda segundo o autor, a efetividade quando empregada conforme modelo proposto permite um aumento do controle social decorrente da avaliação do desempenho organizacional, sendo necessária a disponibilização da informação de forma simples e inteligível, do contrário, a participação social será restringida.

Ressalva que este modelo só pode ser aplicado naqueles órgãos públicos que possuam um planejamento estratégico estruturado e forte cultura de medição do desempenho organizacional, devendo ser adaptado às especificidades de cada instituição.

2º Quadro lógico – É um instrumento gerado para provar a efetividade dos projetos de cooperação internacional. O Quadro Lógico (QL) elaborado por Pfeiffer (2006) apresenta em sua matriz respostas a questões intrinsecamente associadas aos 3Es, tais como:

- Qual é o seu propósito e quais as mudanças a serem alcançadas?
 - Como se pretende produzir melhorias?
 - Como é possível identificar o alcance das melhorias e mudanças?
- (PFEIFFER,2000, p. 83)

Segundo Sano e Montenegro (2013) a elaboração de um “Quadro Lógico” exige o desafio de selecionar e combinar, adequadamente, os processos que serão capazes de gerar os resultados desejados de forma eficiente que permita um acompanhamento sistemático e uma

avaliação mais simples e objetiva, ao relacionar cada resultado e objetivo a um indicador vinculado a uma fonte de comprovação, conforme ilustrado a seguir.

Estrutura do Quadro Lógico

	Lógica da Intervenção	Indicadores Objetivamente Comprováveis	Fontes de Comprovação	Suposições Importantes
Objetivo Superior				
Objetivo do Projeto				
Resultados				
Atividades Principais				

Fonte: Pfeiffer (2000, p. 84).

Por não ser de fácil domínio, o autor recomenda a utilização de especialistas ou a capacitação teórica e prática para seu emprego. Sano e Montenegro (2013) chama atenção por tratar-se de uma ferramenta de gestão de projetos que orienta as equipes e gerentes, além de revelar-se como um acordo entre os interessados no projeto e os compromissos assumidos.

3º Entidades de Fiscalização - Oliveira (2008) evidencia que as instituições de Fiscalização Superior, como os Tribunais de Contas, vêm sendo, gradualmente, exigidas a realizar trabalhos qualitativos, englobando os 3Es. Através de auditorias operacionais, ou de desempenho, que avaliam as organizações públicas em aspectos como eficiência, economicidade, eficácia e efetividade.

Para Sano e Montenegro (2013) o impacto da inclusão das auditorias de efetividade nas tradicionais atribuições destes tribunais em verificar a regularidade das contas públicas, seria “a necessidade de diversificação dos seus profissionais, juntamente com novas rotinas, e sem esquecer o aspecto político, uma vez que os resultados podem suscitar questionamentos de natureza política”.

O trabalho apresenta auditorias de desempenho de eficiência e de efetividade de programas, já praticadas em países como Austrália, França, Alemanha, Holanda, Suécia, Reino Unido e Estados Unidos. De acordo com Sano e Montenegro (2013, p. 47) a eficiência tem por objetivo “examinar as funções organizacionais, os processos e os elementos de um

programa para avaliar se os seus insumos estão sendo otimizados, focando principalmente os custos”. Ela não implica “reformulação radical da missão, do papel e da estratégia dos órgãos de auditoria, além do fato da eficiência ser considerada um valor fundamental por unanimidade” (Oliveira, 2008, p. 40; apud Sano e Montenegro, 2013). Já a de efetividade analisa a repercussão do programa, e se sua realização afetaria o papel, a estratégia e a missão das entidades de fiscalização, que se tornariam mais abrangentes e abstratos. Para Sano e Montenegro (2013) estas modificações ocorreriam em decorrência desta categoria ser mais complexa, não tendo uma forma rígida e padronizada como nas auditorias de conformidade, exigindo uma enorme competência multidisciplinar.

Sano e Montenegro (2013) observaram que, por mais relevantes que sejam os pontos identificados numa auditoria operacional, as recomendações para melhoria do desempenho da organização auditada não serão inteiramente cumpridas, caso esta tenha limitação de recursos, tais como humanos, financeiros, políticos ou técnicos.

4º Planilhas - Garcia (2008) sugere a aplicação de duas planilhas para avaliação da eficiência na gestão pública. A primeira possui nove indicadores de gestão orçamentária, financeira e patrimonial, relacionados aos processos de aquisição, ao índice de inovação, a iniciativas sociais e aos serviços prestados. Como as informações são de acesso restrito, seu preenchimento só poderia ser realizado por alguém com maior alcance das informações, como o gestor do órgão.

Planilha para avaliação do grau de eficiência – Nível Gestão e Quadro explicativo dos indicadores.

Enfoque	Indicadores	Grau de Eficiência						Pontos
		E	B	S	I	R	NO	
		5	4	3	2	1	0	
Gestão	1. Gestão orçamentária							
	2. Gestão financeira							
	3. Gestão patrimonial							
Aquisições em geral	1. Observância do processo licitatório							
	2. Adequação do bem às necessidades da administração							
	3. Observância da dotação orçamentária							
Criatividade Administrativa	1. Índice de inovação							
Iniciativas Sociais	1. Projetos de ação social							
Serviços Prestados	1. Grau de eficiência verificado no período							
Indicadores específicos								
PREENCHIMENTO A CARGO DO ÓRGÃO AUDITOR								
TOTAL DE PONTOS								
Grau de Eficiência Verificado	N. Total de Pontos (.....)	/	N. de itens observados (.....)	=	Grau numérico (.....)			
					Grau sintético (.....)			
LEGENDA								Identificação:
Grau sintético	Grau numérico – intervalo							
E = Excelente	De 4,50 a 5,00							
B = Bom	De 3,50 a 4,49							
S = Satisfatório	De 2,50 a 3,49							
I = Insatisfatório	De 1,50 a 2,49							
R = Ruim	De 0,00 a 1,49							
NO = Não observado	Zero							
Local:	Data:							
ESPAÇO PARA OBSERVAÇÕES								
Críticas ou Sugestões:								

Fonte: Garcia, 2008

A segunda planilha proposta é utilizada para gerar o indicador “Serviços Prestados” constante na primeira. A planilha deverá ser preenchida pelos cidadãos, usuários e/ou beneficiários dos serviços públicos. Sendo composta por 32 indicadores relacionados aos serviços pela Internet, ao atendimento prestado, às instalações, ao processo de solicitação do serviço, à resolução do problema e ao pós-atendimento (SANO; MONTENEGRO, 2013).

Planilha para avaliação do grau de eficiência – Nível Serviços Prestados e Quadro explicativo dos indicadores.

FASES	INDICADORES	GRAU DE EFICIÊNCIA						PONTOS	
		E	B	S	I	R	NO		
		5	4	3	2	1	0		
Acesso à Internet	1. Possui links de acesso facilitado								
	2. Apresenta mapa objetivo do site								
	3. Auto-atendimento								
	4. Certificação digital de documentos								
	5. Abre possibilidade para perguntas e apresenta respostas								
	6. Oferece possibilidade de contato								
ACESSO VIA TELEFONE									
Atendimento Inicial	1. Linha exclusiva para críticas e sugestões								
	2. Identificação do órgão e atendente								
	3. Conhecimento do órgão pelo atendente								
	4. Tratamento através do atendente								
	5. Retorno de questões pendentes								
	RECEPCÃO								
	1. Atenção								
	2. Educação								
	3. Respeito no trato com o público								
	4. Cortesia								
	5. Conhecimento do órgão pelo recepcionista								
	6. Encaminhamento para o setor competente								
	7. Observância dos critérios de prioridades existentes								
	8. Critérios de prioridade								
Ambiente	1. Limpeza e condições de hygiene								
	2. Organização								
	3. Conforto								
	4. Aparência das instalações								
	5. Funcionalidade do ambiente								
Encaminhamento do Problema	1. Tratamento através do atendente								
	2. Registro e controle do pedido								
	3. Informações sobre eventuais dúvidas								
Resolução do Problema	1. Tempo-resposta no prazo legal ou possível								
	2. Qualidade da resposta								
	3. Execução do service								
Pós-Prestação do Serviço	1. Local para críticas ou sugestões								
	2. Verificação do nível de satisfação								
PREENCHIMENTO A CARGO DO ÓRGÃO PÚBLICO									
TOTAL DE PONTOS									
Grau de Eficiência Verificado	N. Total de Pontos (.....)	/	N. de itens observados (.....)	=	Grau numérico (.....)				
					Grau sintético (.....)				
LEGENDA									
Grau sintético		Grau numérico – intervalo							
E – Excelente		De 4,50 a 5,00							
B – Bom		De 3,50 a 4,49							
S – Satisfatório		De 2,50 a 3,49							
I – Insatisfatório		De 1,50 a 2,49							
R – Ruim		De 0,00 a 1,49							
NO – Não observado		Zero							
Local:		Data:							
ESPAÇO PARA OBSERVAÇÕES (Críticas ou Sugestões):									

Fonte: Garcia, 2008

Em relação às planilhas, Sano e Montenegro (2013) criticam o autor por não revelar como os indicadores foram produzidos, observando o seguinte:

O autor peca ao não explicitar como os indicadores propostos são elaborados e ao não distinguir outros conceitos relacionados a eles, tais como eficácia, efetividade e qualidade. Logo, vários indicadores referem-se mais ao grau de qualidade da

prestação do serviço da entidade do que propriamente a sua eficiência (quantidade de serviço x recursos).

5º Estado para Resultados - Lemos (2009) Investigar se o modelo de gestão mineiro implementado pelo programa Estado por Resultados segue o modelo de gestão desenvolvido em conjunto pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Centro Latino-Americano de Gestão para o Desenvolvimento (Clad). A autora conclui que a gestão estadual passou a ser orientada para resultados, caracterizada por uma ferramenta cultural e de gestão destinada a melhorar a eficiência, produtividade e efetividade do uso dos recursos estaduais para melhorar o desempenho das organizações e servidores públicos.

Conforme Sano e Montenegro conclui que o estudo:

Ao introduzir a problemática do seu estudo, a autora aponta como tendência uma gestão pública, provedora de serviços, orientada para o alcance de resultados de desenvolvimento, sendo o seu garantidor, além de comentar que nas últimas décadas o Estado vem desempenhando um papel-chave na criação de condições para o bem-estar social. Posteriormente, cita a disciplina “administração para o desenvolvimento”, surgida na década de 60, com a finalidade de gerar uma administração mais eficiente, efetiva e eficaz, capaz de criar os meios administrativos necessários para o desenvolvimento político, econômico e social. Ademais, afirma que, para a instituição de uma nova administração para o desenvolvimento, faz-se necessário o estabelecimento de relações claras entre os resultados das políticas e seus indicadores de eficácia e efetividade. A concepção de estratégias efetivas, que resultem em desenvolvimento, também é tida como central na governança da Nova Gestão Pública. (SANO e MONENEGRO, 2013, p. 50).

Por fim (LEMOS, 2009), declara ser crucial, neste modelo de gestão, o oferecimento de informações relevantes e de forma tempestiva à sociedade sobre o desempenho do setor público.

6º Tom Web - Pires (2010) propõe a adoção da Transparência Orçamentária Municipal via Internet (TOM Web), que consiste na prestação de contas (*accountability*) pela Internet, disponibilizando em tempo real informações detalhadas sobre sua execução orçamentária e financeira. Seu foco são os municípios, tendo em vista que os Estados e principalmente o governo federal já adotam ferramentas similares. O autor defende que a transparência possibilitada por essa ferramenta é um pré-requisito da eficiência nas novas formas de governar, permitindo a redução nas assimetrias informacionais entre:

governantes e governados, ampliando assim as oportunidades para que a cidadania se constitua numa alavanca para governos locais mais eficientes, efetivos, eficazes e responsivos, necessários ao desenvolvimento socioeconômico e à redução das desigualdades no país (PIRES, 2010, p. 4).

De acordo com Pires (2010) a TOM Web é um sistema que tem como objetivo permitir a consulta das informações relativas à origem e destinação dos recursos arrecadados, prestando contas, por meio de relatórios periódicos, via websites, com clareza e transparência sobre prazos, decisões, resultados e riscos, nas fases de planejamento, aprovação, execução e avaliação. Esta ferramenta de controle social tem respaldo na Lei Complementar 131/2009 que acrescentou o citado dispositivo na Lei Complementar nº 101/2000 ou Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF, estabelecendo a obrigatoriedade de publicação da execução orçamentária e financeira das contas públicas em tempo real, via Internet, para todos os entes da federação.

Na visão de PIRES (2010) através de um link no site de cada prefeitura a TOM Web disponibilizaria um vasto conteúdo de documentos, informações e dados relevantes sobre o planejamento orçamentário (receitas e despesas), o acompanhamento da execução e as compras públicas. Segundo o autor o seu conteúdo deve ser consistente, completo e organizado, apresentando documentos integrais e tecnicamente bem elaborados, regularmente atualizados e que ofereça condições de acesso fácil para qualquer usuário. O autor ainda sugere que sejam disponibilizados canais de comunicação e materiais didáticos, como glossários e textos de fácil compreensão.

2.5 DIFICULDADES E LIMITAÇÕES DA MENSURAÇÃO DE DESEMPENHO NO SETOR PÚBLICO

A medição serve como um *feedback* para permitir que os interessados na informação tomem conhecimento da desenvoltura do avaliado, como também para o próprio avaliado, tendo a medição uma ferramenta importante do processo de gestão. Neste sentido, a utilização de indicadores de desempenho na gestão pública evidencia-se como ferramenta estratégica de monitoramento da performance administrativa e da aplicação dos recursos do erário (ZUCATTO *et al.*, 2009), bem como, são essenciais para analisar o desempenho dos processos e verificar o alinhamento com a estratégia estabelecida.

Conforme Dutra (2005), após o desenvolvimento, os métodos de avaliação de desempenho atualmente disponíveis são projetados para atender às necessidades específicas da organização no contexto do normativo principal. Devido a essa normatividade, as seguintes suposições e características tendem a ser comuns:

(i) a avaliação visa medir o desempenho de possíveis funções ou atividades das organizações, conforme percebido pelos autores da metodologia; (ii) a avaliação tende a não captar considerações específicas de desempenho, tais como falta ou excesso de recursos humanos em determinada área da organização, falta ou excesso de matéria-prima, por questões de corporativismo, dentre outros; (iii) as metodologias, de uma maneira geral, tendem a considerar a avaliação em termos numéricos, sem uma caracterização das referências de escala para a atribuição de notas; (iv) pela ausência de personalização e por carência de flexibilidade, as metodologias tendem a permitir seu uso apenas para gerar análises de caráter macro; (v) pela falta de foco na personalização, as metodologias dificultam e/ou inibem seu uso para gerar ações de aperfeiçoamento; e (vi) por seu caráter normativo, as metodologias limitam a participação e o crescimento dos atores, em termos de conhecimento do que está sendo avaliado. (DUTRA, 2005, p. 29)

No que tange a implantação de um sistema de mensuração de desempenho no contexto do setor público, não segue uma trajetória linear e direta, no entendimento de Arnaboldi e Azzone (2010). Para os autores, há várias dificuldades que podem surgir ao longo do caminho que levam a resultados diferentes ou mesmo ao abandono do sistema. Neste sentido, haveria quatro questões principais que afetam sua implementação: a natureza diversa dos serviços do setor público, a ampla variedade de usuários, dificuldades na definição de metas e falta de competências.

Sá (2005) destaca que a dificuldade em avaliar a gestão pública deve-se à existência de muitos fatores intangíveis, peculiares às organizações públicas, que dificultam a identificação de indicadores para aferição. Isso faz com que a natureza da avaliação no setor público se diferencie do setor privado, tornando-se necessária a utilização de modelos distintos. No quadro abaixo são apresentadas algumas dessas diferenças.

Quadro 3 - Características Distintas entre Administração Pública e Privada

Característica	Administração Pública	Administração Privada
Objetivo	Regida pela supremacia do interesse público.	Conduzida pela autonomia da vontade privada.
Publicidade	Necessidade de controle social que implica em garantia da transparência.	Preservação e proteção dos interesses dos dirigentes e acionistas.
Pessoas	Tratar todos igualmente e com qualidade.	Pode usar estratégias de segmentação de “mercado”, diferenciando o atendimento de seus clientes.
Receita	Busca gerar valor para a sociedade.	Busca o lucro.

Mantenedores	Contribuições compulsórias de cidadãos e empresas.	Recursos particulares com interesses capitalistas.
Legislação	Só pode fazer o que a lei permite.	Pode fazer tudo que a lei não proíbe.

Fonte: Adaptado GesPública - IAGP 2008/2009 (2008 apud Oliveira, 2009, p. 76)

Para Costa e Castanhar (2003) a dificuldade prática pode levar os gestores de programas públicos a caírem na armadilha de considerar os processos de aferição, especialmente os de produção, como um fim em si mesmo. Para Behn (1995), o maior risco é que a medição seja um fim em si mesma e nada tenha a ver com o objetivo maior de melhorar os serviços públicos aos cidadãos. Mas o objetivo básico do processo não é produzir números, e sim melhorar os resultados. Costa e Castanhar (2003, p. 987) afirmam que “deve-se ter sempre em mente que na inovação administrativa o importante é praticar a administração por desempenho e não a aferição do desempenho”.

A avaliação de desempenho deve ser considerada a partir de uma perspectiva mais de aprendizado do que de punição, e isso não significa tolerar o mau desempenho, mas sim reconhecer que o setor público possui características que tornam difícil a avaliação de desempenho com a mesma objetividade e aplicabilidade do setor privado. “Além disso, a administração pública não possui um único objetivo, mas uma infinidade de objetivos tangíveis e intangíveis mais difíceis de serem operacionalizados, como cidadania e equidade” (SUZUKI, 2009, p. 6). O bom desempenho no setor público pode e deve ser incentivado, e o mau desempenho corrigido, mas as premissas, as ferramentas, a abordagem e os objetivos para se proceder nessa direção não podem ser os mesmos do setor privado (PACHECO, 2009).

Teixeira e Santana (1994) alegam que, no Brasil, os sistemas de avaliação de desempenho da gestão pública, ainda são deficientes. Sano e Montegro (2013) relatam que as dificuldades operacionais e conceituais referentes à avaliação de desempenho persistem. Segundo Pacheco, as contribuições da mensuração de resultados para a transparência são notáveis e por mais problemas que tenham os indicadores, é melhor contar com eles do que não os ter (PACHECO, 2009). De acordo com Falconi (1992), os indicadores são essenciais no gerenciamento dos processos, pois “o que não se mede não se gerencia”.

Dutra (2005) aponta as iniciativas a serem adotadas para sanar este problema:

- (i) Redirecionar o sistema de avaliação para uma ação centrada no eixo da avaliação do desempenho do serviço prestado – qualitativa e quantitativamente – pelos diversos setores e unidades;
- (ii) Elaborar e divulgar sistemas de indicadores de desempenho do serviço público;
- (iii) Garantir uma ampla divulgação e acompanhamento dos indicadores e seus valores;
- (iv) Orientar as políticas de recursos humanos pelos parâmetros de avaliação de desempenho. (DUTRA, 2005, p. 09)

Na visão de Silveira, Pinheiro e Antunes (2012) o estabelecimento de critérios dependerá do que se pretende avaliar e do foco dessa avaliação, se o indivíduo, a organização, o cidadão-sociedade, ou qualquer outro. Em vista do exposto os resultados da mensuração de desempenho no setor público podem ser empregados em forma de discernimentos para a habilitação e requalificação profissional, elevação de cargo por mérito, progressão funcional nas carreiras, planejamentos de gestão das políticas públicas, destinação de recursos e outros mecanismos de valorização profissional, inclusive na remuneração.

Em síntese, a avaliação do desempenho institucional será composta por critérios e fatores que reflitam a contribuição das equipes de trabalho para o cumprimento das metas intermediárias e dos resultados alcançados pela organização como um todo (art. 143 da Lei nº 11.784/08).

Alguns autores concordam que a medição de desempenho no setor público contribui para múltiplos objetivos, incluindo transparência de custos e resultados, e melhoria na qualidade dos serviços prestados (BEHN, 1995; GOLDSMITH; EGGERS, 2006). Dentro da perspectiva da dimensão de resultados, a aplicação dos recursos públicos deve gerar os resultados esperados para a sociedade, o mercado e o próprio setor público (MP/SEGEP, 2013). De fato, a medição de desempenho e a avaliação de programas de governo têm sido imprescindíveis a uma gestão pública mais eficiente, eficaz e responsável, comprometida com as expectativas sociais (GUTHRIE, ENGLISH, 1997).

Costa e Castanhar (2003) expõem que uma avaliação de desempenho vai além da mensuração de eficiência da gestão pública. Há uma longa lista de critérios que podem ser escolhidos para a avaliação como: eficiência, eficácia, impacto (ou efetividade), sustentabilidade, análise de custo-efetividade, satisfação do beneficiário e equidade. Os

autores ainda destacam que para uma avaliação, além dos critérios, deve fazer uso de um rol de indicadores consistentes com os critérios selecionados e que possibilite um julgamento continuado e eficaz sobre o desempenho, realizando a comparação da medição com os padrões de desempenho estabelecidos.

Apesar da adoção de modelos de gestão de desempenho em instituições públicas seja comum, ainda há muitos desafios. Esses modelos são largamente utilizados para produzir informações às secretarias de Planejamento e de Orçamento, mas com resultados práticos insuficientes para tomada de decisões estratégicas, como também para incentivos de projetos, que são afetados por questões políticas. (AMMONS; RIVENBARK, 2008).

Costa e Castanhar (2003) chegaram à seguinte conclusão sobre a prática da avaliação de desempenho no setor público:

O grande desafio para a disseminação da prática da avaliação de projetos no setor público é, sem dúvida, encontrar formas práticas de mensurar o desempenho e fornecer ao responsável pela gestão dos programas sociais, bem como para os demais atores envolvidos, informações úteis para a avaliação sobre os efeitos de tais programas, necessidade de correções, ou mesmo da inviabilidade do programa. (COSTA CASTANHAR, 2003, p. 987)

Outro desafio da avaliação de desempenho é a utilização de indicadores específicos capazes de medir os efeitos decorrentes exclusivamente em função do programa ou da política pública. Também temos que levar em consideração o tempo de maturação das ações para que seus resultados apareçam, como no caso das ações incidentes sobre problemas estruturais da sociedade, como desigualdade na distribuição de renda e educação (SUZUKI, 2009).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A especificação da metodologia da pesquisa responde, a um só tempo, as questões *como?*, *com quê?*, *onde?* (MARCONI; LAKATOS, 2017). Para Richardson (1999), o método em pesquisa se dá através da seleção de técnicas ordenadas para o relato e esclarecimento dos fenômenos. A metodologia utilizada pelo pesquisador externa a forma na qual seus resultados foram obtidos, além de incentivar que outros pesquisadores percorram o mesmo caminho.

Na visão de Marconi e Lakatos (2001) o método constitui etapas mais concretas da investigação, com finalidade mais restrita em termos de explicação geral de fenômenos menos abstratos. Pressupõe uma atitude concreta em relação ao fenômeno e está limitado a um domínio particular. Ainda na visão dessas autoras a técnica é considerada um conjunto de normas ou processos de que se serve uma ciência.

Segundo Lopes (2006) uma investigação científica pode acontecer de várias formas e em diversas etapas, com a intenção de atingir a um determinado fim. Gil (2007), sobre o significado da pesquisa, enfatiza como seu objetivo fundamental revelar a explicação para problemas por meio do emprego de procedimentos científicos.

Tendo em vista as diversas técnicas que se estabeleceram na literatura, o pesquisador pode escolher entre elas para conduzir e encerrar a pesquisa, portanto a adequada tipificação do método constitui a hipótese básica que orienta o pesquisador para o alcance de seus objetivos.

3.1. TIPOLOGIA DA PESQUISA

Quanto aos objetivos, tratar-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, o procedimento de coleta foi documental, e a abordagem quantitativa.

Segundo Marconi e Lakatos (2008, p.71) a pesquisa enquadrada como exploratória e descritiva é aquela:

(...) que têm por objetivo descrever completamente determinado fenômeno, como por exemplo, o estudo de um caso para o qual são realizadas análises empíricas e teóricas. Podem ser encontradas tanto descrições quantitativas e/ou qualitativas quanto a acumulação de informações detalhadas como as obtidas por intermédio da observação participante. Dá-se precedência ao caráter representativo sistemático e, em consequência, os procedimentos de amostragem são flexíveis. (MARCONI; LAKATOS, 2008, p. 71).

Com base nos objetivos da pesquisa, o estudo é enquadrado como pesquisa exploratória. O autor Andrade (2004) esclarece que esse tipo de pesquisa objetiva oferecer maiores informações acerca do assunto que se vai investigar; facilitar o escopo do tema da pesquisa; nortear a fixação dos objetivos e a formulação de hipóteses ou desvendar um novo tipo de enfoque para o assunto.

Na visão de Malhotra (2012), a pesquisa exploratória é usada em casos nos quais é necessário definir o problema com maior precisão. O seu objetivo é prover critérios e compreensão.

A pesquisa exploratória é o tipo de pesquisa que proporciona uma maior habitualização com o problema que será estudado, tornando-o mais explícito ou auxiliando na criação de hipóteses, tendo como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições (GIL, 2007).

Já as pesquisas descritivas possuem como propósito essencial, observar a realidade do fenômeno investigado e descrevê-lo. De acordo com Prodanov e Freitas (2013), neste tipo de pesquisa, a observação, registro, análise e organização das informações devem ser efetuados sem qualquer manipulação do investigador, e não pode ocorrer nenhum juízo de valor, e a transcrição da realidade investigada deve acontecer de maneira literal.

Para Chemin (2010), uma pesquisa descritiva busca descrever as características da população, de fenômenos ou das relações entre as variáveis estudadas. No entendimento de Gil (2008), este tipo de pesquisa pode ir além da relação entre variáveis, podendo determinar a natureza desta relação.

Esta pesquisa é classificada no que tange a abordagem como quantitativa. A análise quantitativa conforme Richardson (1999) caracteriza-se pela aplicação de quantificações tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas, desde as mais simples até as mais complexas.

A pesquisa é considerada quantitativa pela abordagem do problema, pois segundo Silva e Menezes (2005), afirmam que tudo o que pode ser considerado quantificável é traduzido em números e informações a fim de classificá-los e analisá-los. Desse modo, requer o uso de recursos e técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, etc.)

Prodanov e Freitas (2013) destacam que uma pesquisa quantitativa traduz em números informações e opiniões para um processo de classificação e análise. Isso, por meio de recursos e técnicas estatísticas.

3.2. UNIVERSO DA PESQUISA

Uma pesquisa requer a delimitação de sua dimensão, para tanto, é imprescindível a escolha de um universo viável sobre o qual será realizado o estudo. O universo da pesquisa, também denominado de população, é definido como “o conjunto de elementos ou indivíduos, que possuem características comuns, definido para um determinado problema a ser pesquisado” (SILVA; MENEZES, 2005, p. 31), ou ainda, como sendo “o conjunto de fenômenos a serem trabalhados, definido como critério global da pesquisa” (NEVES; DOMINGUES, 2007, p. 175).

De acordo com Marconi e Lakatos (2003), o universo é conceituado como agrupamento de no mínimo uma característica compartilhada por um grupo de seres vivos ou inanimados. Para Barbosa e Milone (2004), Crespo (2009), Fonseca e Martins (2010), Toledo e Ovalle (2010), universo é o grupo de indivíduos ou objetos, que possuem ao menos uma particularidade em comum. Já Silva e Menezes (2005) explicam que o universo é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características definidas para um determinado estudo.

De acordo com Toledo e Ovalle (2010):

A população congrega todas as observações que sejam relevantes para o estudo de uma ou mais características dos indivíduos, os quais podem ser concebidos tanto como seres animados ou inanimados. Em linguagem mais formal, a população é o conjunto constituído por todos os indivíduos que apresentem pelo menos uma

característica comum, cujo comportamento interessa analisar (inferir). (TOLEDO; OVALLE, 2010, p.16).

Segundo Fachin (2006), a delimitação do universo torna-se mais notável com a seleção da temática. Algumas vezes, antes mesmo da seleção do assunto, desde o momento inicial da decisão de se proceder a investigação, já é possível ter uma ideia do universo da pesquisa, isto é, do grupo de atributos que serão objeto de investigação e, irão se transformar em fonte de informação. Porém, no decorrer da construção do projeto, é necessário juntar informações mais específicas sobre a delimitação do universo de pesquisa, descrevê-lo e definir se o estudo se fará sobre o universo todo ou sobre uma amostra dele. Dessa forma, as informações sobre o universo devem permitir a estratificação para a escolha da amostra representativa ou significativa; e assim após a escolha do assunto fica mais fácil de delimitar o universo que será pesquisado (FACHIN, 2006).

Fachin (2006) afirma que é na delimitação do universo que se relacionam as fontes de informação e na qual se descrevem e quantificam os entrevistadores. Também se estabelecem os limites geográficos e temporais da área de estudo. A delimitação do universo envolve ainda a amostragem, que é determinada segundo os critérios do pesquisador e sob a orientação dos procedimentos estatísticos (FACHIN, 2006).

Segundo Gil (2007) quando o levantamento recolher dados de todos os participantes de um universo estudado, trata-se de um censo. Dessa forma, se realiza um estudo censitário quando o estudo é realizado com todos os participantes de uma população.

Com base no exposto, a presente pesquisa foi censitária e teve o universo composto por todos os hospitais universitários gerenciados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), fazendo parte atualmente da sua estrutura um total de 40 hospitais espalhados por todo o país, vinculados a 32 universidades federais.

A escolha deste universo ocorre de forma intencional, considerando a viabilidade da realização da pesquisa, e as características comuns entre estas unidades escolhidas, especialmente por estarem vinculadas administrativamente à EBSERH e apresentarem uma estrutura organizacional semelhante com relação aos níveis hierárquicos e corpo funcional.

Conforme informação obtida do site da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, segue abaixo mapa e quadro com a relação que compõe a rede de hospitais universitários da EBSERH separados por região.

UNIDADES DA REDE EBSEH

**EBSEH
É MEC**
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO



Quadro 4 - Relação de hospitais administrados pela EBSEH

REGIÃO	UNIVERSIDADES
REGIÃO NORTE	HUGV-UFAM; CHU-UFPA; HUBFS-UFPA; HUJBB-UFPA; e HDT-UFT
REGIÃO NORDESTE	HUPAA-UFAL; HUPES-UFBA; MCO-UFBA; HUAC-UFMG; HUJB-UFMG; HUWC-UFC; MEAC-UFC; HU-UFMA; HULW-UFPB; HC-UFPE; HU-UFPI; HUAB-UFRN; HUOL-UFRN; MEJC-UFRN; HU-UFS; HUL-UFS; e HU-Univasf
REGIÃO CENTRO-OESTE	HUMAP-UFMS; HUJM-UFMT; HUB-UnB; HU-UFMG; e HC-UFG
REGIÃO SUDESTE	HU-UFJF; HC-UFMG; HU-UFSCar; HC-UFU; Hucam-Ufes; HUGG-Unirio; e HC-UFTM Huap-UFF
REGIÃO SUL	HE-UFPel; HU-UFSC; HUSM-UFMS; CHC-UFPR; HC-UFPR; MVFA-UFPR; e HU-Furg

Fonte: EBSEH (2020)

3.3. COLETA DE DADOS E INFORMAÇÕES

A coleta de dados é a fase da pesquisa em que se reúnem os dados ou informações colhidas por meio de técnicas ou instrumentos específicos, que compõe a parte de planejamento da pesquisa. E como técnica para obtenção dos dados e informações, esta pesquisa é caracterizada como documental.

A pesquisa documental é a fonte de coleta de dados e informações, limitando-se a documentos que podem ser redigidos ou não com materiais que não foram analisados e processados ou materiais que foram analisados, mas ainda podem ser modificados de acordo com os objetivos da pesquisa (GIL, 2002).

Prodanov e Freitas (2013) explicam que os dados secundários se tratam de dados disponíveis que foram coletados para tarefas específicas, como registros estatísticos, diários, cartas, relatórios, etc. A coleta de dados foi realizada nos websites dos hospitais universitários e em seus relatórios de desempenho.

No entendimento de Gerhardt e Silveira (2009), a coleta de dados compreende o conjunto de procedimentos a fim de responder as seguintes perguntas: O que coletar? Com quem coletar? Como coletar?

Silva e Menezes (2005) destacam que a definição do instrumento de coleta de dados dependerá dos objetivos que se pretende alcançar com a pesquisa e do universo a ser investigado. No mesmo sentido, Chemin (2015) reforça que saber quais dados serão usados dependem principalmente dos objetivos que o pesquisador deseja alcançar e do universo a ser pesquisado.

Os levantamentos são constantemente efetuados para propiciar enunciados descritivos sobre algum grupo, com o intuito de encontrar algum arranjo de traços ou características, conforme Babbie (2003). Segundo Gray (2016), os estudos de levantamentos demandam que as coletas dos dados sejam realizadas de modo sistemático.

Na pesquisa documental, Lakatos e Marconi (2003), ensinam que os dados são coletados puramente de documentos, escritos ou não, chamados de fontes primárias. Segundo os autores, esta técnica pode ser realizada no momento em que o fenômeno ocorre ou posteriormente. Viera (2010) acrescenta que a pesquisa documental é muito semelhante à pesquisa bibliográfica, sendo por vezes tratada como sinônimos.

Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) afirmam que a principal diferença entre a pesquisa documental e pesquisa bibliográfica está na natureza da fonte: a pesquisa bibliográfica refere-se às contribuições de diferentes autores para o tema, devendo ser dada

atenção às fontes secundárias, enquanto a pesquisa documental utiliza materiais ainda não analisados e processados, ou seja, recursos primários.

A pesquisa documental segundo Gil (2002) “Vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa”. Alinhado com Gil (2002), Oliveira (2007, p. 70) declara que: “na pesquisa documental, o trabalho do pesquisador (a) requer uma análise mais cuidadosa, visto que os documentos não passaram antes por nenhum tratamento científico”.

Dentre os documentos mais utilizados nas pesquisas estão os documentos institucionais, mantidos em arquivos de empresas, órgãos públicos e outras organizações (GIL, 2002). Para esta pesquisa foram utilizadas fontes de dados secundárias, composta por documentos institucionais relacionados às unidades hospitalares em estudo obtidos no website da EBSEH e em seus relatórios de desempenho disponíveis na internet.

3.4 VARIÁVEIS

Para Pinheiro *et al.* (2009), uma variável pode ser definida como uma representação de características, atributos ou propriedades de um determinado assunto estudado. Da mesma forma, Morettin e Bussab (2010) entendem que a variável é uma característica que corresponde a resultados associados aos elementos investigados em uma pesquisa.

Na visão de Andrade (2009, p.131), as variáveis “são fatores ou circunstâncias que influem direta ou indiretamente sobre o fato ou fenômeno que está sendo investigado”.

Variável é a reunião de características de um indivíduo ou objeto (BABBIE, 2003). Para Marconi e Lakatos (2003, p. 137) “uma variável pode ser considerada como uma classificação ou medida; uma quantidade que varia; um conceito operacional, que contém ou apresenta valores; aspecto, propriedade ou fator, discernível em um objeto de estudo e passível de mensuração”. Ainda de acordo com Marconi e Lakatos (2017, p.104) “uma variável contém ou apresenta valores, tais como: quantidades, qualidades, características, magnitudes, traços etc”.

Pode-se dizer, então, que a variável é uma característica à qual se atribui um valor capaz de influenciar e modificar o evento que está sob investigação em uma pesquisa. Em outras palavras uma variável consiste no que se deseja analisar a fim de se atingir algum tipo de conclusão.

Conforme Barbosa e Milone (2004, p.8) as variáveis podem ser classificadas em dois tipos:

a variável (característica de interesse) é geralmente expressa em números, mas pode se referir a outros atributos do fenômeno avaliado. Quando expressa em números, a variável é denominada quantitativa; quando expõe uma qualidade do fenômeno, é chamada de qualitativa.

Hair Jr. *et al.* (2005) definem a variável qualitativa como atributo, característica ou propriedade categórica que identifica ou descreve um objeto. Para estes autores, este tipo de variável pode também ser chamada de não-métrica. Larson e Farber (2015) resumem que uma variável qualitativa consiste em atributos, rótulos ou entradas não numéricas.

Já uma variável quantitativa, no entendimento de Larson e Farber (2015), consiste em medidas numéricas ou contagens. Pinheiro *et al.* (2009) entendem que uma variável quantitativa reflete quantidade relativa ou grau. Logo, é apropriada para casos que envolvem quantia ou magnitude.

Existem quatro escalas de medição de variáveis que os pesquisadores podem utilizar, a saber: nominal, ordinal, de intervalo e de razão. Cooper e Schindler (2016) resumem cada uma delas, conforme o quadro abaixo.

Quadro 5 - Escalas de mensuração de variáveis

Tipo de escala	Características dos dados	Operação básica empírica
Nominal	Classificação (categorias mutuamente excludentes e coletivamente exaustivas), mas sem ordem, distância nem origem natural	Determinação de igualdade
Ordinal	Classificação e ordem, mas sem distância ou origem natural	Determinação de maior ou menor valor
Intervalar	Classificação, ordem e distância, mas sem origem natural	Determinação de igualdade ou diferenças de intervalos
Razão	Classificação, ordem e distância e origem natural	Determinação de igualdade de razões

Fonte: Cooper e Schindler (2016, p. 252).

Conforme Pinheiro *et al.* (2009), para a classificação nominal, seus valores possíveis são diferentes categorias não ordenadas, em que cada observação pode ser classificada. Exemplos: raça, nacionalidade, área de atividade. Larson e Farber (2015) entendem que há uma categorização usando-se nomes, rótulos ou qualidades. Não é possível realizar cálculos matemáticos neste nível.

As escalas nominais não estão relacionadas à ordem, ou seja, não existe ordenação dentre as categorias, elas são identificadas apenas por nomes. Para Morais (2005) as escalas

nominais são meramente classificativas, permitindo descrever as variáveis ou designar os sujeitos, sem recurso à quantificação. No que se referem às variáveis binárias, estas existem se assumirem apenas duas categorias distintas.

Hair Jr *et al.* (2005) e Kuzon (1996) descrevem que as escalas de medidas nominais designam números que simplesmente representam as categorias não implicando em quantias de um atributo ou característica, categorizando dados sem associar nenhuma ordem hierárquica.

No que se refere à classificação ordinal, Hair Jr. *et al.* (2005) detalha que as variáveis podem ser ordenadas ou ranqueadas com escalas ordinais em relação à quantidade de atributos. É possível realizar uma relação de “maior que” ou “menor que” entre as subclasses comparadas. Para Pinheiro *et al.* (2009), ela consiste em poder diferenciar valores possíveis em categorias ordenadas, em que cada observação pode ser classificada. Exemplos: classe social, e nível de instrução.

Para Morais (2005, p. 05) a escala ordinal é a “avaliação de um fenômeno em termos da sua situação dentro de um conjunto de patamares ordenados, variando desde um patamar mínimo até um patamar máximo”. Assim, depreende-se que a variável ordinal obedece a uma ordem entre os níveis da variável.

Uma escala de intervalo, segundo Mattar (2000), é aquela em que os intervalos entre os números nos dizem a posição e quanto as pessoas, objetos ou fatos estão distantes entre si em relação à determinada característica. Essa característica das escalas de intervalo nos permite comparar diferenças entre as medições, mas não nos permite concluir quanto à magnitude absoluta das medições.

A escala de razão é utilizada quando o que se pretende é comparar medidas absolutas ou a comparação de proporções. Muito útil para se medir variáveis como idade, preço, número de consumidores, volume de vendas e renda familiar.

As escalas razão possuem as mesmas propriedades das escalas de intervalo com a vantagem de possuírem o zero absoluto. Em função disso, as medidas tomadas nessa escala permitem concluir quanto a sua magnitude absoluta, além de informar a posição e quanto as pessoas, objetos ou fatos estão distantes entre si em relação a determinada característica. (MATTAR, 2000, p.90)

Vale salientar que a escolha das variáveis de percepção teve como base o conteúdo exposto no referencial teórico. Abaixo estão quadros com a relação de grupos de variáveis de desempenho hospitalar e de estrutura utilizadas na pesquisa.

Quadro 6 - Indicadores de desempenho hospitalar

Indicadores Financeiros		
<ul style="list-style-type: none"> • Índice de Liquidez • Período médio de cobrança • Período médio de pagamento • Margem operacional • Giro do ativo • Retorno sobre o investimento • Retorno sobre patrimônio líquido 		
Indicadores de Custo	Indicadores de Receita	Indicadores de Qualidade
<ul style="list-style-type: none"> • Custo médio paciente dia internado • Custo médio do atendimento ambulatorial • Custo médio atendimento Pronto Socorro 	<ul style="list-style-type: none"> • Valor médio por AIH • Valor médio por procedimento ambulatorial • Receita SUS ingressada 	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de Infecção hospitalar • Taxa de mortalidade • Taxa de necropsia • Satisfação do paciente • Número de creditações emitidas
Indicadores de Produção	Indicadores de Produtividade	Indicadores de Ensino e Pesquisa
<ul style="list-style-type: none"> • Número de internações • Número de procedimentos ambulatoriais • Pacientes-dias • Número total de consultas realizadas • Número de atendimentos ambulatoriais • Número de atendimentos de urgência e emergência • Número de cirurgias • Número de exames • Número de partos 	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de ocupação hospitalar • Taxa de ocupação UTI adulto • Taxa de ocupação UTI pediátrica • Taxa de UTI neonatal • Giro de rotatividade • Índice de intervalo de substituição • Consulta/Consultório/Dia • Cirurgia/Sala • Taxa de doação de órgãos por abordagem • Média de permanência • Servidor/leito operacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de programas de residência médica • Número de residentes de medicina • Número de outros programas de residência • Nº de residentes de outros programas • Número de internos • Número de alunos do centro de ciências da saúde • Número de pesquisas realizadas • Residentes/Leito operacional ou Intensidade de Ensino • Residentes/Médicos ou Dedicção de Ensino

Fonte: Bittar(2001), Marinho (2001), Marinho e Façanha (2001),Lobo *et al.*(2006), Lins *et al.*(2007), Brizola (2011), Careta(2013), Cunha e Corrêa (2013).

Quadro 7 - Indicadores de Estrutura

Indicadores de Instalações	Indicadores de Recursos Humanos
<ul style="list-style-type: none"> •Número de leitos operacionais •Número de leitos instalados •Número de consultórios •Número de salas de atendimento de urgência •Número de salas cirúrgicas 	<ul style="list-style-type: none"> •Número de docentes •Número de servidores técnicos administrativos •Horas de treinamento/funcionário/ano •Taxa de absenteísmo •Índice de rotatividade

Fonte: Bittar(2001), Marinho (2001), Marinho e Façanha (2001),Lobo *et al.*(2006), Lins *et al.*(2007), Brizola (2011), Careta(2013), Cunha e Corrêa (2013).

Para atingir o propósito dessa pesquisa foram utilizados os indicadores de desempenho hospitalar (financeiro, custo, receita, qualidade, produção, produtividade, e ensino e pesquisa), e os indicadores de estrutura (instalações, recursos humanos).

3.5 MÉTODO DE ANÁLISE

A análise de dados envolve a divisão, identificação e medição de um conjunto de variáveis entre um conjunto de variáveis ou entre uma variável dependente e uma ou mais variáveis independentes (HAIR *et al.*, 2005).

Segundo Gil (2008), a análise de dados visa organizar e agregar os dados de forma que possam fornecer respostas às perguntas feitas para a investigação.

Para Prodanov e Freitas (2013), o método utilizado na análise visa determinar se o estudo esclarece os procedimentos usados para investigar os dados coletados durante a pesquisa. Uma descrição clara do programa de análise de dados pode determinar se o resultado obtido é o resultado de um processo sistemático rigoroso.

As investigações de natureza quantitativa só passam a ser de fato úteis quando os dados são tabulados (VIEIRA, 2010). O autor explica que o modo de tabulação envolve o processamento dos dados para que haja esquemas detalhados nos valores e estatísticas para mostrar as observações verdadeiras.

Foi utilizada a estatística descritiva, e pelas características das variáveis selecionadas o teste estatístico escolhido foi o teste não-paramétrico de Coeficiente de Correlação de Postos de *Spearman* ou *rô de Spearman*. No caso da análise dos dados da pesquisa, a organização dos dados foi feita por meio do *Excel*. Já os testes estatísticos foram realizados no *software Statistica versão 10.0*.

A estatística descritiva, segundo Akamine e Yakamoto (2013), é a parte da estatística que trabalha com organização e apresentação dos dados.

A estatística descritiva descreve e sintetiza as principais características observadas em um conjunto de dados por meio de tabelas, gráficos e medidas-resumo, permitindo ao pesquisador melhor compreensão do comportamento dos dados. A análise é baseada no conjunto de dados em estudo (amostra), sem tirar quaisquer conclusões ou inferências acerca da população (BELFIORE, 2015).

A Estatística descritiva, como o próprio nome sugere, propicia a análise exploratória das variáveis estudadas por meio de suas técnicas de ordenamento, das medidas de posição,

dispersão e das medidas separatrizes da mediana para que o estudante ou o profissional de análise de crédito aprenda a interpretar os fenômenos estudados quanto à sua frequência simples e relativa (VIRGILLITO, 2017).

A utilização da estatística descritiva, de acordo com Levine, Berenson e Stephan, (2000, p. 5), pode ser definida como “um processo que abrange a captação, representação e caracterização de um conjunto de dados para descrever corretamente as diversas características do conjunto, consentindo assim a síntese e exposição de dados para geração de informações”.

A parte das análises dos dados foi efetuada através de testes estatísticos. Sabe-se que na estatística existem dois tipos de testes, os paramétricos e os não paramétricos. Os testes paramétricos, segundo Almeida & Freire (2000) e Marôco (2011), normalmente exigem variáveis intervalares ou as de razões. Já os testes não paramétricos envolvem um menor número de suposições, no que tange à maneira de distribuição das variáveis ordinais ou nominais, e não estimulam parâmetros (POLIT; BECK, 2016).

O uso tanto dos testes paramétricos como dos não-paramétricos está condicionado à dimensão da amostra e à respectiva distribuição da variável em estudo (FISHER, 1925).

Quando um pesquisador usa testes não-paramétricos, acredita-se que a distribuição de seus dados experimentais não seja normal, ou que ele não tenha elementos capazes de afirmar que seja (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

Os testes não-paramétricos têm sido utilizados em substituição aos testes paramétricos usuais quando os dados provenientes de um experimento não possuem normalidade ou homogeneidade de variâncias. Esses testes são utilizados também em situações em que a aplicação de testes paramétricos não é possível ou torna-se muito complicada pela falta de informações a respeito da forma da distribuição da população, ou pela dificuldade de obtenção de estimativas confiáveis dos parâmetros populacionais (PONTES; CORRENTES, 2001; VILLANUEVA; PETENATE; SILVA, 2000).

Esta pesquisa utilizou apenas variáveis ordinais e mesmo assim foi utilizado apenas um teste não paramétrico. Para esta pesquisa, o nível de significância adotado foi de 5%, isto é, se o valor- p apresentar um valor igual ou inferior a 0,05, esta variável apresenta significância.

Em estatística, o coeficiente de correlação de postos de *Spearman* ou *rho* de *Spearman*, que recebe este nome em homenagem ao psicólogo e estatístico Charles Spearman, usualmente denominado pela letra grega *rho* (ρ), é uma medida não paramétrica de correlação de postos apropriada tanto para variáveis contínuas, como para variáveis discretas, incluindo variáveis ordinais (PONTES, 2010).

O coeficiente de correlação de postos de *Spearman* é uma medida de correlação não paramétrica avaliada no intervalo entre -1 e 1. Ao contrário do coeficiente de *Pearson*, o coeficiente de *Spearman* não exige a suposição de que a relação entre as variáveis seja linear, nem requer que sejam quantitativas – pode inclusive ser utilizada para verificar relação entre variáveis medidas no nível ordinal (PONTES, 2010; ANDERSON, 2019).

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os Hospitais Universitários Federais são um importante centro de formação de recursos humanos na área da saúde e dão suporte ao ensino, à pesquisa e à extensão das instituições federais de ensino superior a eles vinculadas. Além disso, na área da saúde, os Hospitais Universitários Federais são centros de referência de média e alta complexidade do Sistema Único de Medicina (SUS). A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) faz parte de uma série de medidas do governo federal para reorganizar hospitais vinculados a instituições federais de ensino superior. Por meio do Programa Nacional de Reorganização dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), são realizadas ações para garantir a recuperação material e técnica, bem como ações de reorganização do quadro de recursos humanos da unidade.

Após a criação da EBSERH, empresa pública de direito privado vinculada ao Ministério da Educação, a instituição passou a administrar os Hospitais Universitários Federais. As responsabilidades da empresa incluem coordenar e avaliar a implementação das atividades hospitalares; fornecer suporte técnico para o hospital desenvolver ferramentas de melhoria de gestão e desenvolver matrizes de alocação de recursos.

A rede de hospitais universitários federais é formada por 50 hospitais vinculados a 35 universidades federais. Destes, 40 hospitais são vinculados à Rede EBSERH, e para tratar os dados da pesquisa foram trabalhados como 38 unidades, uma vez que dois desses hospitais

tem sua composição em modo de complexo hospitalar e tiveram seus dados divulgados de forma consolidada.

Na tabela 1 temos estatística descritiva dos aspectos referentes ao perfil dos hospitais pesquisados, revelando quais informações estão dispostas nos relatórios referentes a números de leitos, gasto anual por leito, área total do hospital, total de internações, quantidade de cirurgias realizadas, número de consultas, quantidade de alunos de medicina em internato, número de realização de exames laboratoriais e de imagem, contidos nos respectivos sites, dos quais os hospitais fazem uso. Após análise das informações coletadas, observou-se que no perfil dos 38 hospitais universitários geridos pelas EBSEH pode-se notar algumas particularidades.

Tabela 1 - Estatística descritiva dos aspectos referentes ao perfil dos hospitais pesquisados

Aspectos	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Alunos de Medicina	0	3688	764	814
Leitos (CNES)	30	719	238	142
Leitos Planejados	55	684	287	157
Gasto Anual por Leito CNES (R\$)	875.662,50	2.152.990,50	1.373.914,38	330.347,48
Consultas	14.294	249.665	100.850	72.871
Exames de Imagem	1.954	50.046	17.648	12.445
Exames Laboratoriais	18.045	748.295	240.777	195.542
Total de exames	0	784.660	251.624	205.623
Cirurgias	0	17.743	4.144	3.273
Internações	742	20.391	7.532	4.878
Área Hospitalar (m ²)	3.467	90.137	33.908	21.343

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa.

Primeiramente ao que se refere ao número de alunos de medicina, que em alguns hospitais não há a divulgação de dados referentes ao número de estudantes dessa área vinculados às unidades hospitalares, já em outro extremo existe uma quantidade que percorre a casa dos 3688. O mesmo ocorre com as informações referentes ao número total de exames realizados e ao número de procedimentos cirúrgicos, em alguns hospitais verificou-se a ausência de informação, mas em sua maioria conseguimos capturar nos relatórios e sites, e nos mostra que em média são realizados 251.624 exames, 4.144 cirurgias e realizadas 7.532 internações no ano de 2019, o número médio de consultas realizadas é de 100.850.

Outros dados que chamam bastante atenção são os tamanhos dos hospitais e o número de leitos. Observam-se hospitais com área construída com apenas 3467 (três mil, quatrocentos e sessenta e sete) m² e hospitais com estrutura de mais de 90.000 (noventa mil) m², proporcionalmente há hospitais com acomodações de leitos de 30 até 719. E Fazendo uma relação entre m² e a quantidade de leitos, em média, contamos com 1 leito a cada 120 m². A visualização desses dados está facilmente disponível no site da EBSEH.

Fazendo uma relação financeira do total dos gastos pela quantidade de leitos instalados temos em média a importância de R\$ 1.373.914,38 (um milhão, trezentos e setenta e três mil, novecentos e catorze reais e trinta e oito centavos) gastos anualmente por leito, e indo mais além, podemos dizer que em média o gasto por leito ao dia está em torno de R\$ 3.764,15 (três mil, setecentos e sessenta e quatro reais e quinze centavos)

Quando o assunto são os indicadores financeiros não detectamos a presença de nenhum dentre os destacados na tabela 2. Apenas foram encontrados de forma consolidada no site da EBSEH sede.

Tabela 2 - Frequência de uso dos indicadores financeiros

Indicadores	Frequência
Índice de Liquidez	0
Período médio de cobrança	0
Período médio de pagamento	0
Margem operacional	0
Giro do ativo	0
Retorno sobre o investimento	0
Retorno sobre patrimônio líquido	0

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa.

Podemos perceber que o mesmo aconteceu com os indicadores de custos. Nos relatórios disponíveis nos sites das unidades hospitalares da EBSEH não dispõem de informações referentes aos indicadores: “Custo médio paciente dia internado”; “Custo médio do atendimento ambulatorial”; e “Custo médio atendimento Pronto Socorro”, conforme demonstrado na tabela 3 abaixo.

Tabela 3 - Frequência de uso dos indicadores de custos

Indicadores	Frequência
Custo médio paciente dia internado	0
Custo médio do atendimento ambulatorial	0
Custo médio atendimento Pronto Socorro	0

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa.

Dentre os indicadores que expressam valor monetário o destaque ficou com o item Receita SUS ingressada, na tabela 4, a qual foi registrada em todas as 38 unidades pesquisadas, mas os outros dois indicadores foram observados apenas em dois dos trinta e oito hospitais universitários, sejam eles o Valor médio por AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e Valor médio por procedimento ambulatorial.

Tabela 4 - Frequência de uso dos indicadores de receitas

Indicadores	Frequência
Valor médio por AIH	2
Valor médio por procedimento ambulatorial	2
Receita SUS ingressada	38

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa.

Na tabela 4 a baixa frequência de uso dos indicadores relacionados (Valor médio por AIH - Autorização de Internação Hospitalar, e Valor médio por procedimento ambulatorial) nos mostra que possivelmente não há contabilização dessas medidas de Receita ou simplesmente optou-se por não dar publicidade, uma vez não sendo obrigatória sua divulgação.

A tabela 5 mostra os indicadores de qualidade adotados pelos hospitais, trazendo medidas que quantificam a efetividade, a eficiência, a segurança, e os resultados dos processos realizados nessas instituições.

Tabela 5 - Frequência de uso dos indicadores de qualidade

Indicadores	Frequência
Taxa de Infecção hospitalar	3
Taxa de mortalidade	38
Taxa de necropsia	0
Satisfação do paciente	4
Número de creditações emitidas	0

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa.

Assim como outros indicadores já vistos anteriormente, verifica-se que nem todos são disponibilizados pela rede EBSEH em seus relatórios. A taxa de necropsia e o número de

acreditações emitidas não foram localizados, por outro lado todos os 38 hospitais pesquisados dispuseram de informações sobre a taxa de mortalidade, o indicador de satisfação do cliente com 4 e a taxa de infecção hospitalar com a frequência de apenas 3 instituições.

A tabela 6 discrimina com que frequência os indicadores de produção são utilizados pelos hospitais universitários administrados pela EBSEH, sendo relacionado 9 (nove) indicadores.

Tabela 6 - Frequência de uso dos indicadores de produção

Indicadores	Frequência
Número de internações	38
Número de procedimentos ambulatoriais	6
Pacientes-dias	5
Número total de consultas realizadas	38
Número de atendimentos ambulatoriais	7
Número de atendimentos de urgência e emergência	6
Número de cirurgias	36
Número de exames	38
Número de partos	5

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa.

De acordo com o material analisado, os indicadores relacionados à produção descritos na tabela 6 mostram que a frequência do uso dos indicadores mais utilizados pela rede EBSEH são: “Número de internações”, “Número total de consultas realizadas”, e “Número de exames” com 100% dos hospitais da rede fazendo uso, seguido por “Número de cirurgias”, em que apenas 2 hospitais não apresentaram os dados referentes a esse indicador. Os demais indicadores tiveram pouco uso, como o indicador “Número de atendimentos ambulatoriais” que apareceu em 7 dos 38 relatórios, como também aconteceu com os indicadores “Número de procedimentos ambulatoriais” e “Número de atendimentos de urgência e emergência” que foram demonstrados em 6 hospitais, seguido de “Pacientes-dias” e “Número de partos” que apareceu em 5 relatórios.

Os indicadores de qualidade e produtividade são essenciais, principalmente, para o setor público, servindo para orientar gestores e cidadãos sobre a sintonia entre oferta e demanda, e assim oferecer à população condições mais dignas de prestação de serviços de qualidade. Partindo para o uso de indicadores de produtividade, demonstrados na tabela 7, podemos verificar que poucos hospitais da rede EBSEH utilizam em seus relatórios. Os indicadores que têm maior frequência de uso são: “Taxa de ocupação hospitalar” com 10

hospitais, seguido por “Média de permanência” com 9. O indicador “Índice de intervalo de substituição” conta com 4 utilizações.

Tabela 7 - Frequência de uso dos indicadores de produtividade

Indicadores	Frequência
Taxa de ocupação hospitalar	10
Taxa de ocupação UTI adulto	3
Taxa de ocupação UTI pediátrica	1
Taxa de UTI neonatal	2
Giro de rotatividade	3
Índice de intervalo de substituição	4
Consulta/Consultório/Dia	1
Cirurgia/Sala	1
Taxa de doação de órgãos por abordagem	2
Média de permanência	9
Servidor/leito operacional	1

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa.

Percebe-se que o uso desses indicadores pelos hospitais universitários demonstra que não há uma homogeneidade no seu uso e divulgação, conforme demonstrado na tabela 7, que nos mostra os indicadores: “Taxa de ocupação UTI adulto” e “Giro de rotatividade” sendo utilizado nos relatórios de 3 das 38 instituições, logo abaixo temos: “Taxa de UTI neonatal” e “Taxa de doação de órgãos por abordagem” com 2, e utilizado em apenas 1 instituição verificamos os indicadores: “Taxa de ocupação UTI pediátrica”, “Consulta/Consultório/Dia”, “Cirurgia/Sala” e “Servidor/leito operacional”.

Tabela 8 - Frequência de uso dos indicadores de ensino e pesquisa

Indicadores	Frequência
Número de programas de residência médica	38
Número de residentes de medicina	38
Número de outros programas de residência	38
Número de residentes de outros programas	38
Número de internos	1
Número de alunos do centro de ciências da saúde	0
Número de pesquisas realizadas	37
Residentes/Leito operacional ou Intensidade de Ensino	1
Residentes/Médicos ou Dedicção de Ensino	1

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa.

A tabela 8 exhibe com que frequência os indicadores de ensino e pesquisa são utilizados nos hospitais universitários. Estes indicadores, considerados obrigatórios pelos Ministérios da

Educação e da Saúde (BRASIL, 2007), e constituem pré-requisito indispensável para a certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino.

Nota-se que mais da metade desses indicadores são utilizados pela totalidade dos hospitais universitários administrados pela EBSEH, como é o caso dos indicadores de “Número de programas de residência médica”; “Número de residentes de medicina”; “Número de outros programas de residência”; “Número de residentes de outros programas”; e “Número de pesquisas realizadas”, com exceção para este último que dos 38 (trinta e oito) hospitais pesquisados, apenas 1 (um) não divulgou em seus relatórios a quantidade de pesquisas realizadas. Os demais indicadores tiveram apenas 1 (um) ou nenhum hospital divulgando esses dados, quais sejam os indicadores: “Número de alunos do centro de ciências da saúde” sem informação; “Número de internos”; “Residentes/Leito operacional ou Intensidade de Ensino”; e “Residentes/Médicos ou Dedicção de Ensino” encontrados em relatório de apenas 1 (uma) instituição.

As tabelas 9 e 10 relacionam indicadores relativos à estrutura. A estrutura é estabelecida como a parte física de uma instituição, correspondendo aos seus funcionários, instrumentais, equipamentos, móveis, aspectos referentes à organização, espaço físico, entre outros (BITTAR, 2001). Ou seja, compreende fatores que delimitam a capacidade de funcionamento da organização, ratificando na variação da produção da organização.

Tabela 9 - Frequência de uso dos indicadores de instalações

Indicadores	Frequência
Número de leitos operacionais	38
Número de leitos instalados	38
Número de consultórios	38
Número de salas de atendimento de urgência	38
Número de salas cirúrgicas	38

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa.

Dentre os indicadores relacionados à categoria instalações (tabela 9) da análise de desempenho dos hospitais universitários, temos os indicadores: “Número de leitos operacionais”; “Número de leitos instalados”; “Número de consultórios”; “Número de salas de atendimento de urgência”; e “Número de salas cirúrgicas”, constata-se que para o conjunto desses indicadores há utilização de 100% da rede EBSEH.

Tabela 10 - Frequência de uso dos indicadores de recursos humanos

Indicadores	Frequência
Número de docentes	0
Número de servidores técnicos administrativos	37
Horas de treinamento/funcionário/ano	4
Taxa de absenteísmo	2
Índice de rotatividade	37

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa.

Observando o uso de indicadores de recursos humanos (tabela 10) a história fica um pouco diferente em relação aos indicadores de instalações, aqui temos apenas 2 (dois) indicadores (Número de servidores técnicos administrativos e Índice de rotatividade) que tiveram seus usos disponibilizados nos relatórios de 37 instituições hospitalares, restando os indicadores de “Horas de treinamento/funcionário/ano” disponível em 4; “Taxa de absenteísmo” em 2; e “Número de docentes” não há informações.

As Tabelas de 11 a 15 mostram a quantidade de indicadores de desempenho e de estrutura utilizados, distribuídos por região e por unidade hospitalar. A tabela 11 começa com a região Norte, e conta com 3 (três) hospitais. O Hospital Universitário Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas (HUGV-UFAM) em seus relatórios faz uso de 25 indicadores distribuídos da seguinte forma: 18 de desempenho e 7 de estrutura; O Complexo Hospitalar Universitário da Universidade Federal do Pará (CHU-UFPA), composto pelo Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS) e o Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUBBB) fazem uso de 18 indicadores, sendo 11 de desempenho e 7 de estrutura; e o Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins (HDT-UFT) apresentou 19 indicadores, tendo 12 de desempenho e 7 de estrutura.

Tabela 11 - Perfil de adoção dos indicadores de desempenho pelos hospitais da região Norte

Região	Hospital	Desempenho	Estrutura	Total
Norte	HUGV-UFAM	18	7	25
	CHU-UFPA	11	7	18
	HDT-UFT	12	7	19

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa.

A região Nordeste na tabela 12, que abarca o maior número de hospitais, conta com 17 unidades hospitalares. O Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas (HUPAA-UFAL) faz uso de um total de 18 indicadores entre 11 de

desempenho e 7 de estrutura; O Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal de Bahia (COMHUPES-UFBA), formado pelo Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) e a Maternidade Climério de Oliveira (MCO) demonstraram utilizar, respectivamente, 20 e 18 indicadores, sendo 11 de desempenho para ambos, e 9 de estrutura para o HUPES e 7 para a MCO; O Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (HUAC-UFCG) com 36 indicadores é a unidade hospitalar que apresentou o maior número, 27 indicadores no grupo de desempenho e 9 em estrutura; O Hospital Universitário Júlio Bandeira da Universidade Federal de Campina Grande (HUJB-UFCG) dispõe de um total de 22 indicadores, destes 15 são indicadores de desempenho e 7 são de estrutura; Em seguida temos o Complexo hospitalar da Universidade Federal do Ceará (CH-UFC), formado pelo Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) que recorre ao uso de 28 indicadores, dos quais 20 são indicadores de desempenho e 8 são de estrutura, e a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) lança mão de 26 indicadores, distribuído da seguinte forma: 19 para a categoria desempenho e 7 para estrutura.

Tabela 12 - Perfil de adoção dos indicadores de desempenho pelos hospitais da região Nordeste

Região	Hospital	Desempenho	Estrutura	Total
Nordeste	HUPAA-UFAL	11	7	18
	HUPES-UFBA	11	9	20
	MCO-UFBA	11	7	18
	HUAC-UFCG	27	9	36
	HUJB-UFCG	15	7	22
	HUWC-UFC	20	8	28
	MEAC-UFC	19	7	26
	HU-UFMA	11	7	18
	HULW-UFPB	11	7	18
	HC-UFPE	17	7	24
	HU-UFPI	12	7	19
	HUAB-UFRN	11	7	18
	HUOL-UFRN	11	7	18
	MEJC-UFRN	11	7	18
	HU-UFS	11	7	18
	HUL-UFS	11	7	18
	HU-Univasf	19	7	26

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa.

Ainda na região Nordeste temos o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA) revela a utilização de 18 indicadores, sendo 11 pertencentes ao grupo desempenho e 7 ao grupo estrutura; O Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (HULW-UFPB) faz uso de 18 indicadores, distribuídos entre desempenho com 11 indicadores e estrutura com 7; O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) apresentou 24 indicadores, sendo 17 destes indicadores pertencentes ao grupo desempenho e os 7 restantes ao grupo estrutura; O Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI) conta com um total de 19 indicadores, dividido entre 12 indicadores de desempenho e 7 indicadores de estrutura; O Hospital Universitários Ana Bezerra da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (HUAB-UFRN), O Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (HUOL-UFRN), e a Maternidade Escola Januário Cicco da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (MEJC-UFRN), todas as três unidades hospitalares apresentaram em seus relatórios o uso de 18 indicadores, dos quais 11 integram o grupo de indicadores de desempenho e 7 são do grupo de indicadores de estrutura; O Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS) e o Hospital Universitário de Lagarto da Universidade Federal de Sergipe – (HUL – UFS) ambos fazem uso de um total de 18 indicadores, sendo 11 indicadores pertencentes ao grupo desempenho e 7 ao grupo de indicadores de estrutura; e o Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU-Univasf) dispõe em seus relatórios a apresentação de 26 indicadores, distribuídos entre desempenho com 19 e estrutura com 7.

Tabela 13 - Perfil de adoção dos indicadores de desempenho pelos hospitais da região Centro-Oeste

Região	Hospital	Desempenho	Estrutura	Total
Centro-oeste	HUMAP-UFMS	13	7	20
	HUJM-UFMT	11	7	18
	HUB-UnB	14	7	21
	HU-UFGD	11	7	18
	HC-UFG	14	7	21

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa.

A região Centro-Oeste é formada com 5 hospitais universitários administrados pela EBSEH, conforme demonstrado na tabela 13. O Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (HUMAP-UFMS) utiliza-se de 20 indicadores, dos quais 13 pertencem aos indicadores de desempenho e 7 aos indicadores de

estrutura; O Hospital Universitário Júlio Müller da Universidade Federal de Mato Grosso (HUJM-UFMT) dispõe em seus relatórios um total de 18 indicadores, sendo 11 atribuídos aos indicadores de desempenho e 7 ao grupo de indicadores de estrutura; O Hospital Universitário de Brasília da Universidade de Brasília (HUB-UnB) faz uso de 21 indicadores, ficando 14 na categoria indicadores de desempenho e 7 pertencente aos indicadores de estrutura; O Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD), utiliza 18 indicadores, distribuídos entre desempenho com 11 indicadores, e estrutura com 7; O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG) tem seus 21 indicadores divididos da seguinte forma: 14 no grupo de indicadores de desempenho e 7 no grupo de indicadores de estrutura.

Chegando à região Sudeste (tabela 14) contamos com 8 hospitais universitários. O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFGM) revela a utilização de 18 indicadores, sendo 11 pertencentes ao grupo desempenho e 7 ao grupo estrutura; O Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) faz uso de 18 indicadores, distribuídos entre desempenho com 11 indicadores e estrutura com 7; O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) apresentou 16 indicadores, sendo 11 destes indicadores pertencentes ao grupo desempenho e os 5 restantes ao grupo estrutura.

Tabela 14 - Perfil de adoção dos indicadores de desempenho pelos hospitais da região Sudeste

Região	Hospital	Desempenho	Estrutura	Total
Sudeste	HC-UFGM	11	7	18
	HC-UFTM	11	7	18
	HC-UFU	11	5	16
	HUAP-UFF	11	7	18
	HUCAM-UFES	11	7	18
	HUGG-UNIRIO	10	7	17
	HU-UFJF	11	7	18
	HU-UFSCAR	11	8	19

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa.

Ainda na região Sudeste, o Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense (HUAP-UFF) conta com um total de 18 indicadores, dividido entre 11 indicadores de desempenho e 7 indicadores de estrutura; O Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo (HUCAM-UFES), apresentara em

seus relatórios o uso de 19 indicadores, dos quais 11 integram o grupo de indicadores de desempenho e 8 são do grupo de indicadores de estrutura; O Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (HUGG-UNIRIO) utiliza-se de 17 indicadores, dos quais 10 pertencem aos indicadores de desempenho e 7 aos indicadores de estrutura; O Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) dispõe em seus relatórios de um total de 18 indicadores, sendo 11 atribuídos aos indicadores de desempenho e 7 ao grupo de indicadores de estrutura; O Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos (HU-UFSCAR) faz uso de 19 indicadores, ficando 11 na categoria indicadores de desempenho e 8 pertencente aos indicadores de estrutura.

Tabela 15 - Perfil de adoção dos indicadores de desempenho pelos hospitais da região Sul

Região	Hospital	Desempenho	Estrutura	Total
Sul	HE-UFPel	19	7	26
	HU-UFSC	11	7	18
	HUSM-UFSM	11	7	18
	CHC-UFPR	11	7	18
	HU-FURG	11	7	18

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa.

A região Sul é formada com 5 hospitais universitários administrados pela EBSEH, conforme demonstrado na tabela 15. O Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE-UFPel) utiliza-se de 26 indicadores, dos quais 19 pertencem aos indicadores de desempenho e 7 aos indicadores de estrutura; O Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) dispõe em seus relatórios de um total de 18 indicadores, sendo 11 atribuídos aos indicadores de desempenho e 7 ao grupo de indicadores de estrutura; O Hospital Universitário de Santa Maria da Universidade Federal de Santa Maria (HUSM-UFSM) faz uso de 18 indicadores, ficando 11 na categoria indicadores de desempenho e 7 pertencente aos indicadores de estrutura; O Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR), utiliza 18 indicadores, distribuídos entre desempenho com 11 indicadores, e estrutura com 7; O Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande (HU-FURG) tem seus 18 indicadores divididos da seguinte forma: 11 no grupo de indicadores de desempenho e 7 no grupo de indicadores de estrutura.

Tabela 16 - *Ranking* dos hospitais considerando o uso de indicadores de desempenho

Hospitais	Número de indicadores usados	Posição no ranking
HUAC-UFCG	27	1°
HUWC-UFC	20	2°
MEAC-UFC	19	3°
HU-Univasf	19	3°
HE-UFPeI	19	3°
HUGV-UFAM	18	6°

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa.

Pela análise dos relatórios foi elaborado um ranqueamento entre os hospitais universitários administrados pela EBSEH que mais utilizam indicadores de desempenho (tabela 16). Firmando-se na primeira posição, fazendo uso de um total de 27 indicadores, temos o Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (HUAC-UFCG), em segundo colocado, com 20 indicadores, ficou o Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (HUWC-UFC), logo em seguida tivemos um empate entre três instituições, a Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará (MEAC-UFC), o Hospital Universitário da Universidade do Vale do São Francisco (HU-UNIVASF), e o Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE-UFPEL), ambos apresentaram em seus relatórios um montante de 19 indicadores, e ocupando a sexta posição temos o Hospital Universitário Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas (HUGV-UFAM) contemplando 18 indicadores.

Tabela 17 - *Ranking* dos hospitais considerando o uso de indicadores de estrutura

Hospitais	Número de indicadores usados	Posição no ranking
HUAC-UFCG	9	1°
HUPES-UFBA	9	1°
HUWC-UFC	8	3°
HU-UFSCar	8	4°

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa.

A tabela 17 mostra o ranqueamento referente ao uso dos indicadores de estrutura. Assim como nos indicadores de desempenho, a liderança ficou com o Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (HUAC-UFCG) com o uso de 9 indicadores de estrutura, empatado na primeira colocação com o Hospital Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia (HUPES-UFBA); na terceira e na quarta posição com 8 indicadores de estrutura temos o Hospital Universitário Walter Cantídio

da Universidade Federal do Ceará (HUWC-UFC) e o Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos (HU-UFSCAR).

Tabela 18 - *Ranking* dos hospitais considerando o uso global de indicadores

Hospitais	Número de indicadores usados	Posição no ranking
HUAC-UFCG	36	1°
HUWC-UFC	28	2°
MEAC-UFC	26	3°
HU-Univasf	26	3°
HE-UFPEl	26	3°

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa.

No ranqueamento geral dos indicadores de desempenho e de estrutura a tabela 18 nos mostra os cinco primeiros colocados. Constando como líder no uso de indicadores o Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (HUAC-UFCG) com o uso de um total de 36 indicadores entre desempenho e estrutura; ocupando a segunda posição o o Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (HUWC-UFC) dispões em seus relatórios 28 indicadores; seguindo empatados na terceira, quarta e quinta posições, com um total de 26 indicadores cada, a Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará (MEAC-UFC), o Hospital Universitário da Universidade do Vale do São Francisco (HU-UNIVASF), e o Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE-UFPEL).

Tabela 19 - Relações entre o uso de indicadores e o perfil dos hospitais

Aspectos	Indicadores de desempenho	Indicadores de estrutura	Global
Alunos de Medicina	-0,01	0,05	-0,07
Leitos (CNES)	-0,14	-0,08	-0,19
Leitos Planejados	-0,18	-0,01	-0,18
Gasto Anual por Leito CNES	0,05	-0,04	0,08
Consultas	-0,11	-0,08	-0,16
Exames de Imagem	0,01	-0,04	-0,03
Exames Laboratoriais	-0,01	-0,09	-0,05
Total de exames	-0,01	-0,08	-0,05
Cirurgias	-0,02	-0,20	-0,12
Internações	-0,02	-0,12	-0,10
Área Hospitalar (m ²)	0,09	-0,06	0,07

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa.

Após realização do teste de correlação de *Spearman* foi verificado que não há correlação significativa entre o perfil dos hospitais e os indicadores de desempenho e de estrutura como mostra a tabela 19 todas as correlações.

5. CONCLUSÃO

A pesquisa foi impulsionada pela necessidade de se analisar a organização hospitalar no que se refere à utilização de indicadores de desempenho como instrumento de gestão, auxiliando o gestor na tomada de decisão num contexto multidimensional.

Como objetivo principal, o presente trabalho buscou analisar as relações entre as características organizacionais e o uso de indicadores de desempenho no âmbito de hospitais públicos federais vinculados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH.

Foram pesquisados um total de 57 indicadores, 47 de desempenho e 10 de estrutura em cada uma das 40 instituições hospitalares federais (hospitais universitários) gerenciados pela EBSEH, que no final restaram apenas 38, pois duas das unidades apresentaram seus indicadores de forma agrupada, o Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Pará (CHU-UFPA), composto pelo Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS) e o Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), e o Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR) formado pelo Hospital de clínicas da universidade Federal do Paraná (HC-UFPR) e pela Maternidade Vitor Ferreira do Amaral (MVFA-UFPR), perfazendo um total de 2.166 (dois mil cento e sessenta e seis) observações. Partindo-se do levantamento e consolidação dos indicadores, foram identificadas a quantidade total e a frequência de uso de cada um dos indicadores individualmente, como também a frequência de uso por região segregados em indicadores de desempenho e indicadores de estrutura. Na rede hospitalar universitárias temos hospitais de pequeno, médio e grande porte, com hospitais com área construída com apenas 3467 m² e hospitais com estrutura de mais de 90.000 m², e hospitais com acomodações de leitos de 30 até 719.

A partir dos indicadores propostos na literatura, foi possível fazer uma coleta de dados em todos os websites pertencentes à rede de hospitais universitários gerenciados pela EBSEH, e descrever a intensidade de uso dos indicadores de desempenho.

Para a coleta de dados, percebeu-se que os dados referentes aos indicadores de desempenho não estavam organizados e estruturados. Sendo mais difíceis de acessar, devido à falta de controle dessas informações. Assim, algumas categorias tiveram poucos indicadores devido à falta de informações para completar a análise.

Verificou-se, a partir da frequência de uso apresentada, que não há uma adesão plena pelo uso dos indicadores pesquisados, uma vez que boa parte dos hospitais universitários não apresentou em seus relatórios de gestão ou em quaisquer outras áreas dos websites da EBSEH. Um dos grupos de indicadores que ficou de fora do estudo retrata a saúde financeira da instituição, e em nenhum relatório dos 40 hospitais constatou-se a presença dos indicadores financeiros (Índice de Liquidez; Período médio de cobrança; Período médio de pagamento; Margem operacional; Giro do ativo; Retorno sobre o investimento; e Retorno sobre patrimônio líquido). O mesmo aconteceu com o grupo de indicadores de custos: (Custo médio paciente dia internado; Custo médio do atendimento ambulatorial; e Custo médio atendimento Pronto Socorro). Mostra-se com isso a falta de transparência com as informações financeiras.

No grupo dos indicadores de receita a transparência ficou por conta dos recursos transferidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS, sendo apresentados em todos os hospitais universitários. Além desse grupo de indicadores, o grupo de indicadores de qualidade também ficou aquém na frequência de utilização, destacando-se apenas o indicador de taxa de mortalidade com representação em 100% dos hospitais.

No grupo de produção tivemos alguns indicadores com uma boa representatividade, sendo, “Número de internações”, “Número total de consultas realizadas” e “Número de exames” tiveram uso em todas as 38 unidades, e “Número de cirurgias” apareceu em 36 hospitais. Os demais indicadores pertencentes a esse grupo representaram abaixo de 19% do total de unidades hospitalares. No caso do uso de indicadores de produtividade com seus indicadores pouco utilizados, podemos perceber que o indicador que apresentou a maior frequência foi o indicador “Taxa de ocupação hospitalar” com 10 representações. Mostrando que a EBSEH faz uso de poucos indicadores de produção.

O uso de indicadores do grupo de Recursos Humanos teve representatividade em “Número de servidores técnicos administrativos” e “Índice de rotatividade”, com adesão por 37 unidades hospitalares. Os demais indicadores tiveram pouco ou nenhum uso por parte da EBSEH.

Podemos constatar que os grupos que tiveram maior adesão ao seu uso foram os grupos de indicadores de Ensino e Pesquisa, e indicadores de instalação. No grupo de indicadores de ensino e pesquisa mais da metade de seus indicadores foram utilizados, e o

grupo de indicadores de instalação teve 100% de adesão aos seus indicadores. Esses indicadores são considerados obrigatórios pelos Ministérios da Educação e da Saúde (BRASIL, 2007), pois constituem pré-requisito indispensável para a certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino.

Considerando que os indicadores não utilizados pelos hospitais comprometem a avaliação do desempenho pelo gestor, como também podem comprometer a avaliação do desempenho das unidades hospitalares, uma vez que não há parâmetros para medição e comparação das ações executadas em suas diversas unidades espalhadas pelo país. É difícil até mesmo para realização de ações por parte do poder público em monitorar e acompanhar os programas sociais voltados à melhoria da saúde da população.

Assim, pode-se inferir que não há uma avaliação dos indicadores, não há um *feedback* aos gestores dos hospitais sobre o desempenho, não se sabe qual está sendo sua utilidade, e aparentemente sua adoção está servindo como premissa básica apenas para o cumprimento de exigências legais conforme constatado por Oliveira (2009). Theurer (1998) já afirmava que os dados gerados pela avaliação de desempenho são de pouca utilidade para os gestores governamentais, se eles não têm uma ideia clara sobre como usá-los.

Entre os indicadores de desempenho e de estrutura, verificou-se que há uma opção maior de uso pelos indicadores de estrutura, no qual estão os grupos de indicadores de instalações e o grupo de recursos humanos. Na segregação por região, os hospitais universitários que mostraram uma média maior de uso dos indicadores de desempenho e de estrutura concentram-se nos estados pertencentes à região Nordeste com uma média de 21,35 indicadores, e os que fazem menor uso de indicadores são os estados da região Sudeste com uma média de 17,75 indicadores.

Fazendo um ranqueamento entre todas as unidades hospitalares federais gerenciadas pela EBSEH temos nas cinco primeiras posições o Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (HUAC-UFCG) com o uso de um total de 36 indicadores entre 27 de desempenho e 9 de estrutura; ocupando a segunda posição o Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (HUWC-UFC) dispõe em seus relatórios 28 indicadores, sendo 20 de desempenho e 8 de estrutura; seguindo empatados na terceira, quarta e quinta posições, com um total de 26 indicadores cada, distribuídos na categoria desempenho com 19 indicadores, e na categoria estrutura com 7 indicadores, a

Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará (MEAC-UFC), o Hospital Universitário da Universidade do Vale do São Francisco (HU-UNIVASF), e o Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE-UFPEL). Por fim, foi feita uma análise de significância entre o uso dos indicadores e o perfil dos hospitais. No entanto não foi identificada nenhuma correlação significativa

Diante dos números apresentados, concluímos que a utilização de indicadores por parte dos hospitais universitários geridos pela EBSERH está distante do que seria o ideal para subsidiar os gestores na tomada de decisão, no acompanhamento e revisão de suas metas, na reavaliação de seu planejamento estratégico, sem considerar seus objetivos organizacionais como constatado em pesquisa realizada por Araújo, Matos e Ensslin (2020). Mostrando-se frágil quanto aos relatórios publicados em seus web sites, contendo informações fragmentadas, não permitindo acessibilidade ao mundo de informações que poderiam ser disponibilizadas.

A pouca utilização ou a ausência de indicadores pode dificultar a compreensão, comprometer o alcance de metas e, conseqüentemente, a avaliação do resultado, pois podem não corresponder aos objetivos que deveriam ser alcançados. Não sabemos se o problema do uso está na capacitação dos servidores e dos gestores, ou apenas na questão de divulgação e transparência de seus dados, exteriorizando, no contexto hospitalar, a assimetria da informação.

No entanto, o problema da falta de gestão da informação é um tema constantemente discutido na literatura nacional e internacional, pois, como se sabe, cada unidade hospitalar está inserida na formação específica da sua área profissional. No campo da saúde, a informação é o insumo relevante para as atividades de um hospital e os seus produtos são serviços personalizados de restauração da saúde.

A gestão da informação em saúde é um fator importante para o bom desempenho das organizações hospitalares. Depois que as informações gerenciais forem transformadas em indicadores, elas terão um impacto maior, que é utilizado para monitorar e avaliar o desempenho. Quando indicadores são usados para medir o impacto dos serviços de saúde, a eficácia do uso de indicadores é proeminente. Isso não é observado nas unidades hospitalares administradas pela EBSERH.

Acredita-se que quanto mais oportunidades os pacientes têm de obter informações sobre os serviços de saúde, mais críticos e exigentes eles se tornam quanto à quantidade e qualidade dos produtos que irão consumir. Portanto, requisitos mais elevados são apresentados para a gestão eficiente de hospitais por administradores hospitalares.

De forma geral, pode-se afirmar que os indicadores são métricas que sintetizam informações relevantes da performance do sistema de saúde. 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 governamental (CARVALHO, 2003).

Os indicadores aqui apresentados são exemplos de um conjunto de métricas, dentre inúmeros outros existentes, que podem ser utilizados pelo Governo, pelo gestor hospitalar e pela sociedade, para se analisar e avaliar o desempenho do setor hospitalar.

Em face do exposto, espera-se que os resultados deste trabalho possam trazer contribuições teóricas para a área de gestão hospitalar, bem como práticas aos profissionais da área, e contribuir para um processo de melhoria na gestão dos hospitais, especialmente na avaliação de desempenho dos hospitais universitários públicos federais administrados pela EBSEH.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F.; L. O impacto do modelo gerencial na administração pública: Um breve estudo sobre a experiência internacional recente. **Caderno 10**, Brasília: ENAP, n. 10, 1997.
- AKAMINE, C. T.; YAKAMOTO. R. K. **Estudo Dirigido de Estatística Descritiva**. São Paulo: Saraiva, 2013.
- ALA-HARJA, M.; HELGASON, S. Em Direção às Melhores Práticas de Avaliação. **Revista do Serviço Público**. v. 51, n. 4, p. 5-60, out/dez, 2000.
- ALMEIDA, L. S.; FREIRE, T. **Metodologia da investigação em psicologia e educação**. 2ª ed. Braga: Psiquilíbrios, 2000.
- ALONSO, M. Custos no serviço público. **Revista do Serviço Público**, v. 50, n. 1, p. 37-63, 1999.
- AMMONS, D. N. RIVENBARK, W. C. Factors influencing the use of performance data to improve municipal services: evidence from the North Carolina benchmarking Project. **Public Administration Review**, v. 68, n. 2, p. 304-3018, 2008.
- ANDERSON, D. R.; SWEENEY, D. J.; WILLIAMS, T. A.; CAMM, J. D. COCHRAN, J. J. **Estatística aplicada a administração e economia** – Tradução da 8ª edição norte-americana. São Paulo: Cengage Learning, Brasil, 2019.
- ANDRADE, M. M. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2004.
- ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- ARAÚJO, R. H. M. **A adoção do BSC para a mensuração do desempenho estratégico governamental: o caso do governo de Pernambuco**. 2017. Dissertação (Mestrado em Controladoria) - Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE, Recife, 2017.
- ARAÚJO, S. S.; MATOS, L. S.; ENSSLIN, S. R. Compras Públicas Sob a Perspectiva da Avaliação de Desempenho: Uma Revisão de Literatura e Agenda de Pesquisa. **Revista Gestão & Conexões**. v. 9, n. 1, p. 99-127, jan./abr. 2020.
- ARNABOLDI, M.; AZZONE, G. Constructing performance measurement in the public sector. **Critical perspectives on accounting**, v. 21, n. 4, p. 266-282, abr. 2010.
- ARNABOLDI, M.; LAPSLEY, I.; STECCOLINI, I. Performance management in the public sector: The ultimate challenge. **Financial Accountability & Management**, v. 31, n. 1, p. 1-22, 06 jan. 2015.
- BABBIE, E. **Métodos de pesquisas de survey**. Ed. da UFMG, 2003.

BARBOSA, D. R.; MILONE, G. **Estatística aplicada ao turismo e hotelaria**: Thomson, 2004.

BARBOSA, R. T. O. As nuances da reestruturação produtiva na administração pública. In: **VIII Seminário do Trabalhador e VI Seminário “O trabalhador em debate”**. UNESP/USP/STICF/CNTI/UFSC. UNESP – Franca, SP: 2012.

BARBOSA, X. A. **A avaliação 360° como novo método de avaliação de desempenho na UFRJ**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização. Rio Grande do Sul: LUME/UFRGS, 2010. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/40261/000828026.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso: 02 jul. 2020.

BEHN, R. D. The big questions of public management. **Public Administration Review**, v. 55, n. 4, p. :313-324, jul/ago. 1995.

BEHN, R. D. Why measure performance? Different purposes require different measures. **Public administration review**, v. 63, n. 5, p. 586-606, 14 ago. 2003.

BELFIORE, P. **Estatística - Aplicada a Administração, Contabilidade e Economia com Excel e SPSS**. São Paulo: Elsevier, 2015.

BIAZZI, M. R.; MUSCAT A. R. N.; BIAZZI, J. L. Indicadores de Desempenho associados a Mapeamento de Processos: Estudo de Caso em Instituição Pública Brasileira. In: **XXIV Encontro Nacional de Engenharia de Produção – ENEGEP**, Fortaleza, 2006

BIO, S. R. **Sistemas de informação: um enfoque gerencial**. São Paulo: Atlas, 1996.

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde - RAS**, São Paulo, v. 3, n.12, p. 21-28, jul./set. 2001.

BRASIL. **Lei nº 11.784, de 22 de setembro de 2008**. Dispõe sobre a reestruturação do Plano Geral de Cargos do Poder Executivo – PGPE. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111784.htm>. Acesso em: 15 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 2400, de 2 de outubro de 2007**. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2400.htm>> Acesso em: 10 outubro 2021.

_____. Ministério do Meio Ambiente. Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Renováveis – Ibama. **Avaliação de Desempenho Individual – Manual de procedimentos para aplicação**, Brasília. 2011.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Guia Referencial para Medição de Desempenho e Manual para Construção de Indicadores**, Brasília, 2009;

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Manual de Orientação para a Gestão do Desempenho**, Brasília; MP, SEGEP, 2013.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Indicadores de programas: guia metodológico**. Brasília/DF, 2010.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 15 abr. 2020.

_____. Tribunal de Contas da União. **Manual de auditoria operacional** / Tribunal de Contas da União. 3 ed. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo (Seprog), 2010. 71 p.

_____. Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização – GesPública; Prêmio Nacional da Gestão Pública – PQGF; **Instrumento para Avaliação da Gestão Pública – 2008/2009**; Brasília; MP, SEGES, 2008. Versão 1/2008.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público - RSP**, Brasília: v. 120, n. 1, p. 7-40, jan./abr. 1996.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Estratégia e estrutura para um novo Estado. **Revista do Serviço Público - RSP**, v. 48, n. 1, jan./abr. 1997.

BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. K. **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. 4 ed., Rio de Janeiro: FGV, 2001. 314p.

BRIGNALL, S.; MODELL, S. An institutional perspective on performance measurement and management in the 'new public sector'. **Management accounting research**, v. 11, n. 3, p. 281-306, set. 2000.

BRIZOLA, J. B.; GIL, C. R. R.; JUNIOR, L. C. Análise de desempenho de um hospital de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde. **Revista Administração e saúde**, v. 13, n. 50, p. 7-22, jan./mar. 2011.

BUGARIN, Paulo Soares. Princípio Constitucional da Eficiência: um enfoque doutrinário multidisciplinar. **Revista TCU**, Brasília, v. 32, n. 87, p. 39-50. jan./mar. 2001.

CARETA, C. B.. **Medição de desempenho das atividades logísticas: estudo de casos múltiplos em hospitais de ensino universitários**. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Universidade de São Paulo. São Carlos, 2013.

CASTRO, A. M. G.; LIMA, S. M. V.; ANDRADE, J. E. B. **Metodologia de Planejamento Estratégico para as Unidades do Ministério da Ciência e Tecnologia**. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia, 2005. 110p.

CHEMIN, B. F. **Manual da Univates para trabalhos acadêmicos**. Lajeado: Univates, 2010.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos na empresa: pessoas, organizações e sistemas**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1994

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. **Métodos de Pesquisa em Administração**. 12. ed. McGraw Hill Brasil, 2016.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-992, set/out, 2003.

CRESPO, A. A. **Estatística fácil e atual**. São Paulo: Saraiva, 2009.

CUNHA, J. A. C.; CORRÊA, H. L. Avaliação de Desempenho Organizacional: Um Estudo Aplicado em Hospitais Filantrópicos. **Revista de Administração de Empresas**, v. 53, n. 5, p. 485, out. 2013.

DALF, R. L. **Teoria e projetos das organizações**. 6.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

DA PAZ, P. H. F. **Um Estudo da Avaliação da Gestão Pública Baseada na Experiência de Governos Estrangeiros com a Utilização do Balanced Scorecard**. 2003. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, 2003.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito Administrativo**. São Paulo: Atlas, 2005;

DUTRA, A. Metodologias para avaliar o desempenho organizacional: Revisão e proposta de uma abordagem multicritério. **Revista Contemporânea de Contabilidade**. V. 2, n. 3, p. 25-56, 2005.

FACHIN, O. **Fundamentos de Metodologia – 5 ed – São Paulo: Saraiva, 2006.**

FLOYD, J.; FOWLER, JR. **Pesquisa de Levantamento**. Porto Alegre: Penso Editora, 2011.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS [recurso eletrônico]**; tradução Lorí Viali. 2. ed. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FISHER, R. A. **Statistical Methods for Research Workers**. **Edinburgh**: Oliver and Boyd, 1925.

FONSECA, J.S.; MARTINS, G. A. **Curso de estatística**. São Paulo: Atlas, 2010.

FREITAS, V. P.; CARDOSO, R. L.; AQUINO, A. C. B.; REIS JÚNIOR, R. C. D. Mensuração de desempenho em organizações públicas: o caso da Secretaria da Fazenda do Rio Grande do Sul. **Revista do Serviço Público**. Brasília. v. 60, n. 3, p. 277-290, jul/set, 2009.

GARCIA, R. L. M. **Eficiência em órgãos públicos: uma proposta de indicadores**. 2008. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – FGV, Rio de Janeiro, 2008.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Plageder, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.
- GRAY, David E. **Pesquisa no mundo real**. Porto Alegre: Penso Editora, 2016.
- GUPTILL, J. Knowledge management in health care. **Journal Health Care Finance**, v. 31, n. 3, p. 10-14, 2005.
- GUTHRIE, J.; ENGLISH, L. Performance information and programme evaluation in the Australian public sector. **International Journal of Public Sector Management**, v. 10, n. 3, p. 154 – 164, 01 jun. 1997.
- HAIR, J. F.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L.; BLACK, W.C. **Análise Multivariada de Dados**. 5. ed, Porto Alegre: Bookman, 2005.
- ANN, W.; REICHARD, C. Melhores práticas na modernização do Estado. **Revista do Serviço Público**, v. 53, n. 3, p. 31-50, jul./set. 2002.
- JANNUZZI, P. M. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. **Revista de Administração Pública**. v. 36, n. 1, p. 51-72, jan./fev. 2002.
- JANNUZZI, P. M. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. **Revista do Serviço Público**. v. 56, n. 2, p. 137-160, abr./jun. 2005.
- KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. The balanced scorecard for public-sector organizations. **Balanced Scorecard Report**, v. 15, n. 11, p. 1-5, 1999.
- KENNERLEY, M. NEELY, A. A framework of the factors affecting the evolution of performance measurement systems. **International journal of operations & production management**, v. 22, n. 11, p. 1222-1245, 2002.
- KIDDER, Louise H. (Org.). **Métodos de pesquisa nas relações sociais: volume 1 – delineamentos da pesquisa**. 4. ed. norte-americana. 2. ed. brasileira. São Paulo: EPU, 1987.
- Kuzon, W. M. Jr. The seven deadly sins of statistical analysis. **Ann PlasticSurg.**v. 37, p. 265–272, set. 1996.
- LARSON, R.; FARBER, B. **Estatística aplicada**. 6. ed. - São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2015.
- LE MOS, C. S. **Gestão pública orientada para resultados: avaliando o caso de Minas Gerais**. 2009. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – FGV, Rio de Janeiro, 2009.
- LEVINE, D. M.; STEPHAN, D. F.; KREHBIEL, T. C.; E BERENSON, M. L. **Estatística: teoria e aplicações usando Microsoft Excel em português**. Rio de Janeiro: LTC, 2012.
- LIMA, P.D.B. **A Excelência em Gestão Pública: A Trajetória e Estratégia do GesPública** – Rio de Janeiro: Qualitymark, 2007.

LINS, M. E.; LOBO, M. S. C.; SILVA, A. C. M.; FISZMAN, R.; RIBEIRO, V. J. P. O uso da análise envoltória dos dados (DEA) para avaliação de hospitais universitários brasileiros. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 985-998, ago. 2007.

LOBO, M.S.C.; BLOCH, K.V.; FISZMAN, R.; OLIVEIRA, M.R.; RIBEIRO, V.J.P. Sistema de Informações dos Hospitais Universitários (SIHUF/MEC): um banco de dados administrativo. **Cad Saude Coletiva**.v. 14, n.1, p.149-162, 2006.

LOPES, J. **O fazer do trabalho científico em ciências sociais aplicadas**. Recife: Editora Universitária/UFPE, 2006.

MAIA, J. L.; OLIVEIRA, G. T. de; MARTINS, R. A. O papel da medição de desempenho no processo estratégico: uma tentativa de síntese teórica. **Revista Eletrônica Sistemas & Gestão**, v. 3, n. 2, p. 129-146, ago. 2008.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. Porto Alegre: Bookman Editora, 2012.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Atlas, 2001.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Scientific Methodology**. São Paulo: Atlas, 2008.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico: projetos de pesquisa / pesquisa bibliográfica/ teses de doutorado, dissertações de mestrado, trabalhos de conclusão de curso**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MARINHO A. **Hospitais universitários: indicadores de utilização e análise de eficiência**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001.

MARTINS, H. F. Burocracia e a revolução gerencial: a persistência da dicotomia entre política e administração. **Revista do Serviço Público**, v. 48, n. 1, p. 42-78, 1997.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de Marketing - Edição Compacta**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MEGGINSON, L. C. **Administração: conceitos e aplicações**. 4.ed. São Paulo: Harbra,1998

MORAIS, C. M. **Escalas de Medida, Estatística Descritiva e Inferência Estatística**. São Paulo, 2005

MORETTIN, P. A.; BUSSAB, W. O. **Estatística Básica**. 6. ed. – São Paulo: Saraiva, 2010.

NASSUNO, M. **Demissão por insuficiência de desempenho na reforma gerencial: avanços e desafios**. Brasília: ENAP, 1998.

NEVES, E. B.; DOMINGUES, C. A. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. Rio de Janeiro: EB/CEP, 2007.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2007.

OLIVEIRA, R. V. **Auditoria operacional**: uma nova ótica dos tribunais de contas auditarem a gestão pública, sob o prisma da eficiência, economicidade, eficácia e efetividade, e o desafio de sua consolidação no TCE/RJ. 2008. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – FGV, Rio de Janeiro, 2008.

OLIVEIRA, S. K. **Modelo de avaliação de desempenho de gestão para hospitais secundários no setor público brasileiro**. 2009. Dissertação (Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas) – Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2009.

OSPINA, S. **La evaluación como herramienta para una gestión pública orientada a resultados**. CLAD, 2002.

PACHECO, Regina Silvia. Brasil: avanços da contratualização de resultados no setor público. In: Congreso internacional del clad sobre la reforma del estado y de la administración pública. 2006.

PACHECO, Regina Silvia. Mensuração de desempenho no Setor Público: os termos do debate. In: **II CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA** – Painel 13: Enfrentando as dificuldades de mensuração de desempenho no setor público: experiências em curso no Brasil, 2009.

PALUDO, A. **Administração Pública para Auditor Fiscal da Receita Federal e Auditor Fiscal do Trabalho**. Rio de Janeiro: Campus-Elsevier, 2012.

PATRUCCO, A. S.; LUZZINI, D.; RONCHI, S. Evaluating the effectiveness of public procurement performance management systems in local governments. **Local Government Studies**, v. 42, n. 5, p. 739-761, 2016.

PERDICARIS, P. R. Gestão para resultados como política pública: uma análise da formação da agenda e formulação de alternativas em municípios brasileiros. 2009. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2009.

PFEIFFER, P. O Quadro Lógico: um método para planejar e gerenciar mudanças. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 51, n. 1, p. 81-124, jan-mar/2000.

PINHEIRO, J. I. D.; CUNHA, S. B.; CARVAJAL, A. R.; GOMES, G. C. **Estatística básica: a arte de trabalhar com dados**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PIRES, P. A. S.; ENSSLIN, S. R.; SOMENSI, K.; BORNIA, A. C. B. Transparência Pública Sob a Perspectiva da Avaliação de Desempenho: Revisão da Literatura e Proposição de Pesquisas Futuras. **Revista de Administração, Sociedade e Inovação**, v. 5, n. 3, p. 75-97, 2019.

PIRES, V. A. **Transparência orçamentária municipal via Internet (TOM Web) no contexto do revigoramento democrático e republicano: uma proposta**. 2010. Disponível em:

<http://www.esaf.fazenda.gov.br/esafsite/premios/SOF/sof_2010/monografias2010_arquivos/Tema_1_1_L_Valdemir_010.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2020.

PONTES, A. C. F.; CORRENTE J. E. Comparações múltiplas não-paramétricas para o delineamento com um fator de classificação simples. **Revista de Matemática e Estatística**. São Paulo, v. 19: n. p. 179-197, 2001.

PONTES, A. C. F. Ensino da correlação de postos no ensino médio. In: **Simpósio Nacional de Probabilidade e Estatística**, São Paulo. Anais... Associação Brasileira de Estatística, 2010.

PRADO, M. A. O modelo gerencial da educação: contribuições da experiência da Inglaterra ao debate brasileiro. **Revista Serviço Público**, v. 62, n. 3, p. 261-279, 27 jan. 2011.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PROPPER, C.; WILSON, D. **The Use and Usefulness of Performance Measures in the Public Sector**. CMPO Working Paper Series No. 03/073. Bristol, May 2003.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSA, M. M. PETRI, S. M.; PETRI, L. R. F.; CASAGRANDE, M. D. H. O Balanced Scorecard como ferramenta de gestão estratégica e orçamentária da Fundação Cultural de Florianópolis. **Revista Evidenciação Contábil & Finanças**, v. 2, n. 1, p. 39-58, jan./abr. 2014.

ROSÁRIO; M. F. 120 Anos do nascimento do cientista R. A. Fisher (1890-2010). **Revista Brasileira de Biometria**, São Paulo, v.27, n.4, p.659-672, 2009.

RUA, M. G. **Desmistificando o problema: uma rápida introdução ao estudo dos indicadores**. Mimeo, Escola Nacional de Administração Pública. Brasília/DF, 2004.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. V. 1, n. 1, jul. 2009.

SÁ, J. W. B. M. **Modelo de avaliação de desempenho da gestão organizacional pública**. 2005. Dissertação (Mestrado profissional em Administração) – Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, 2005.

SANDRONI, P. **Dicionário de Administração e Finanças**, Rio de Janeiro: Best Seller, 1996.

SANO, H.; MONTENEGRO FILHO, M. J. F. As técnicas de avaliação da eficiência, eficácia e efetividade na gestão pública e sua relevância para o desenvolvimento social e das ações públicas. **Desenvolvimento em Questão**, v. 11, n. 22, p. 35-61, 2013.

SHAUGHNESSY, J. J.; ZECHMEISTER, E. B.; ZECHMEISTER, J. S. **Metodologia de pesquisa em psicologia**. Porto Alegre: AMGH Editora, 2012.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. Florianópolis: UFSC, 2005.

SILVA, G. C.; ALBERTON, L.; FERREIRA, C.D.; BROIETTI, C.; SOUZA, J.A. Avaliação de Desempenho na Gestão Pública: análise das oportunidades e potencialidades da literatura internacional. In: **I Congresso Internacional de Desempeno no Setor Público** – Florianópolis, SC, 2017.

SILVA, I. L.; DRUMOND, R. B. A necessidade da utilização de sistema de custos e de indicadores de desempenho na administração pública. In: **Congresso USP de Controladoria e Contabilidade**. São Paulo, 2004.

SILVA, M. A. Breves comentários sobre a acreditação dos prestadores de serviços de hemoterapia. **Jus Navigandi**, Teresina, v. 9, n. 592, 20 fev. 2005. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=6250>>. Acesso em: 20 ago. 2020

SILVEIRA, J. I.; PINHEIRO, I.A.; ANTUNES, E. D. Critérios de avaliação no setor público: um comparativo entre união x seis estados. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**. v. 6, n. 3, p. 53-68, jun./set. 2012.

SOUZA, M. A.; MAUSS, C. V.; DIEHL, C. A.; BLEIL, C. A gestão pública por resultados e a avaliação de desempenho. In: **Congresso USP de Controladoria e Contabilidade**, 8., 2008, São Paulo, Anais... São Paulo: USP, 2008.

SUZUKI, J. A. N.; GABBI, L. V. B. Desafios da avaliação de desempenho no setor público: o caso da prefeitura municipal de São Paulo. In: **II Congresso CONSAD de Gestão Pública** – Painel 13: Enfrentando as dificuldades de mensuração de desempenho no setor público: experiências em curso no Brasil, 2009. 22p.

TEIXEIRA, H. J.; SANTANA, S. M. **Remodelando a gestão pública**: Uma Revisão dos Princípios e Sistemas de Planejamento, Controle e Avaliação de Desempenho. São Paulo: Edgard Blücher, 1994.

TOJAL, F.; CARVALHO, W. Teoria e Prática da Burocracia Estat. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 50-68, jan./fev. 1997.

TOLEDO, G.; OVALLE, I. **ESTATÍSTICA BÁSICA**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

TORRES, M. D. F. **Estado, democracia e administração pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2004

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, **Técnica de auditoria. Indicadores de desempenho e mapa de produtos**, Brasília, 2000

_____, **Técnica de indicadores de desempenho para auditorias**. Brasília/DF, 2011.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2012

VIEIRA, E. F.; VIEIRA, M. M. F. Estrutura organizacional e gestão do desempenho nas universidades federais brasileiras. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 899-920, jul/ago, 2003.

VIEIRA, J. G. S. **Metodologia de pesquisa científica na prática**. Curitiba: Fael, 2010.

VILLANUEVA, N. D. M.; PETENATE, A. J.; SILVA, M. A. A. P. Performance of three affective methods and diagnosis of the ANOVA model. **Food Quality and Preference**, v. 5, n. 11, p. 363-370, 2000.

VIRGILLITO, S. B. **Estatística Aplicada**. São Paulo: Saraiva, 2017.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. Porto Alegre: Bookman editora, 2015.

ZUCATTO, L. C.; SARTOR, U. M.; BEBER, S.; WEBWE, R. Proposição de indicadores de desempenho na gestão pública. **Revista ConTexto**, v. 9, n. 16, p. 1-24, 2º semestre/2009.

APÊNDICE A – INDICADORES DE DESEMPENHO

INDICADORES DE DESEMPENHO

INDICADORES		NORTE	
		HUGV-UFAM	CHU-UFPA
Financeiros	• Índice de Liquidez		
	• Período médio de cobrança		
	• Período médio de pagamento		
	• Margem operacional		
	• Giro do ativo		
	• Retorno sobre o investimento		
	• Retorno sobre patrimônio líquido		
Custos	• Custo médio paciente dia internado		
	• Custo médio do atendimento ambulatorial		
	• Custo médio atendimento Pronto Socorro		
Receita	• Valor médio por AIH		
	• Valor médio por procedimento ambulatorial		
	• Receita SUS ingressada	17.309.548,01	34.142.097,47
Qualidade	• Taxa de Infecção hospitalar	2,27%	
	• Taxa de mortalidade	5,55%	17,78%
	• Taxa de necropsia		
	• Satisfação do paciente		
	• Número de creditações emitidas		
Produção	• Número de internações	3.482	3.508
	• Número de procedimentos ambulatoriais		
	• Pacientes-dias		
	• Número total de consultas realizadas	45.782	236.063
	• Número de atendimentos ambulatoriais	218.342	
	• Número de atendimentos de urgência e emergência		
	• Número de cirurgias	2.609	2.358
	• Número de exames	236.327	512441
Produtividade	• Taxa de ocupação hospitalar	64,80%	
	• Taxa de ocupação UTI adulto	51%	
	• Taxa de ocupação UTI pediátrica		
	• Taxa de UTI neonatal		
	• Giro de rotatividade		
	• Índice de intervalo de substituição		
	• Consulta/Consultório/Dia	6,42	
	• Cirurgia/Sala		
	• Taxa de doação de órgãos por abordagem	0	
	• Média de permanência	12,3	
	• Servidor/leito operacional		
Ensino e Pesquisa	• Número de programas de residência médica	22	16
	• Número de residentes de medicina	158	156
	• Número de outros programas de residência	5	4
	• N° de residentes de outros programas	50	99
	• Número de internos		
	• Número de alunos do centro de ciências da saúde		
	• Número de pesquisas realizadas	109	55
	• Residentes/Leito operacional ou Intensidade de Ensino		
	• Residentes/Médicos ou Dedicção de Ensino		

INDICADORES DE DESEMPENHO

INDICADORES		HDT-UFT	HUPAA-UFAL
Financeiros	• Índice de Liquidez		
	• Período médio de cobrança		
	• Período médio de pagamento		
	• Margem operacional		
	• Giro do ativo		
	• Retorno sobre o investimento		
	• Retorno sobre patrimônio líquido		
Custos	• Custo médio paciente dia internado		
	• Custo médio do atendimento ambulatorial		
	• Custo médio atendimento Pronto Socorro		
Receita	• Valor médio por AIH		
	• Valor médio por procedimento ambulatorial		
	• Receita SUS ingressada	5.525.658,00	33.378.923,10
Qualidade	• Taxa de Infecção hospitalar		
	• Taxa de mortalidade	23,00%	6,18%
	• Taxa de necropsia		
	• Satisfação do paciente		
	• Número de creditações emitidas		
Produção	• Número de internações	1.078	6.863
	• Número de procedimentos ambulatoriais		
	• Pacientes-dias		
	• Número total de consultas realizadas	23.408	79.103
	• Número de atendimentos ambulatoriais		
	• Número de atendimentos de urgência e emergência		
	• Número de cirurgias		3.304
	• Número de exames	26138	219486
Produtividade	• Taxa de ocupação hospitalar	48,90%	
	• Taxa de ocupação UTI adulto		
	• Taxa de ocupação UTI pediátrica		
	• Taxa de UTI neonatal		
	• Giro de rotatividade		
	• Índice de intervalo de substituição		
	• Consulta/Consultório/Dia		
	• Cirurgia/Sala		
	• Taxa de doação de órgãos por abordagem		
	• Média de permanência	5	
	• Servidor/leito operacional		
Ensino e Pesquisa	• Número de programas de residência médica	6	14
	• Número de residentes de medicina	14	88
	• Número de outros programas de residência	0	1
	• N° de residentes de outros programas	0	40
	• Número de internos		
	• Número de alunos do centro de ciências da saúde		
	• Número de pesquisas realizadas	10	56
	• Residentes/Leito operacional ou Intensidade de Ensino		
	• Residentes/Médicos ou Dedicção de Ensino		

INDICADORES DE DESEMPENHO

INDICADORES		HUPES-UFBA	MCO-UFBA
Financeiros	• Índice de Liquidez		
	• Período médio de cobrança		
	• Período médio de pagamento		
	• Margem operacional		
	• Giro do ativo		
	• Retorno sobre o investimento		
	• Retorno sobre patrimônio líquido		
Custos	• Custo médio paciente dia internado		
	• Custo médio do atendimento ambulatorial		
	• Custo médio atendimento Pronto Socorro		
Receita	• Valor médio por AIH		
	• Valor médio por procedimento ambulatorial		
	• Receita SUS ingressada	61.919.713,83	12.151.076,16
Qualidade	• Taxa de Infecção hospitalar		
	• Taxa de mortalidade	4,48%	0,54%
	• Taxa de necropsia		
	• Satisfação do paciente		
	• Número de creditações emitidas		
Produção	• Número de internações	8.123	2.065
	• Número de procedimentos ambulatoriais		
	• Pacientes-dias		
	• Número total de consultas realizadas	164.583	14.294
	• Número de atendimentos ambulatoriais		
	• Número de atendimentos de urgência e emergência		
	• Número de cirurgias	3.372	938
	• Número de exames	339229	68048
Produtividade	• Número de partos		
	• Taxa de ocupação hospitalar		
	• Taxa de ocupação UTI adulto		
	• Taxa de ocupação UTI pediátrica		
	• Taxa de UTI neonatal		
	• Giro de rotatividade		
	• Índice de intervalo de substituição		
	• Consulta/Consultório/Dia		
	• Cirurgia/Sala		
	• Taxa de doação de órgãos por abordagem		
	• Média de permanência		
• Servidor/leito operacional			
Ensino e Pesquisa	• Número de programas de residência médica	38	8
	• Número de residentes de medicina	308	64
	• Número de outros programas de residência	1	1
	• N° de residentes de outros programas	40	17
	• Número de internos		
	• Número de alunos do centro de ciências da saúde		
	• Número de pesquisas realizadas	69	10
	• Residentes/Leito operacional ou Intensidade de Ensino		
• Residentes/Médicos ou Dedicção de Ensino			

INDICADORES DE DESEMPENHO

INDICADORES		HUAC-UFCG	HUJB-UFCG
Financeiros	• Índice de Liquidez		
	• Período médio de cobrança		
	• Período médio de pagamento		
	• Margem operacional		
	• Giro do ativo		
	• Retorno sobre o investimento		
	• Retorno sobre patrimônio líquido		
Custos	• Custo médio paciente dia internado		
	• Custo médio do atendimento ambulatorial		
	• Custo médio atendimento Pronto Socorro		
Receita	• Valor médio por AIH	1477,39	
	• Valor médio por procedimento ambulatorial	34,3	
	• Receita SUS ingressada	15.674.216,77	2.456.155,04
Qualidade	• Taxa de Infecção hospitalar		0,09%
	• Taxa de mortalidade	6,89%	2,47%
	• Taxa de necropsia		
	• Satisfação do paciente		
	• Número de creditações emitidas		
Produção	• Número de internações	4.004	936
	• Número de procedimentos ambulatoriais	1601	
	• Pacientes-dias	83,93	
	• Número total de consultas realizadas	52492	29.118
	• Número de atendimentos ambulatoriais	52270	10824
	• Número de atendimentos de urgência e emergência	222	
	• Número de cirurgias	2120	377
	• Número de exames	78244	63772
	• Número de partos		
Produtividade	• Taxa de ocupação hospitalar	58,74%	29,78%
	• Taxa de ocupação UTI adulto	64,78%	
	• Taxa de ocupação UTI pediátrica	88,32%	
	• Taxa de UTI neonatal	86,74%	
	• Giro de rotatividade	6,30%	
	• Índice de intervalo de substituição		
	• Consulta/Consultório/Dia		
	• Cirurgia/Sala	302,86	
	• Taxa de doação de órgãos por abordagem		
	• Média de permanência	9,26	3,79
	• Servidor/leito operacional	6,06	
Ensino e Pesquisa	• Número de programas de residência médica	9	1
	• Número de residentes de medicina	45	7
	• Número de outros programas de residência	0	0
	• N° de residentes de outros programas	0	0
	• Número de internos		
	• Número de alunos do centro de ciências da saúde		
	• Número de pesquisas realizadas	44	108
	• Residentes/Leito operacional ou Intensidade de Ensino	6	
	• Residentes/Médicos ou Dedicção de Ensino	3	

INDICADORES DE DESEMPENHO

INDICADORES		HUWC-UFC	MEAC-UFC
Financeiros	• Índice de Liquidez		
	• Período médio de cobrança		
	• Período médio de pagamento		
	• Margem operacional		
	• Giro do ativo		
	• Retorno sobre o investimento		
	• Retorno sobre patrimônio líquido		
Custos	• Custo médio paciente dia internado		
	• Custo médio do atendimento ambulatorial		
	• Custo médio atendimento Pronto Socorro		
Receita	• Valor médio por AIH	3893,39	
	• Valor médio por procedimento ambulatorial	17,96	
	• Receita SUS ingressada	50.469.663,88	31.988.199,98
Qualidade	• Taxa de Infecção hospitalar		
	• Taxa de mortalidade	6,18%	2,68%
	• Taxa de necropsia		
	• Satisfação do paciente		
	• Número de creditações emitidas		
Produção	• Número de internações	4225	11579
	• Número de procedimentos ambulatoriais	814454	196748
	• Pacientes-dias	146,7	385,67
	• Número total de consultas realizadas	162223	50598
	• Número de atendimentos ambulatoriais	224866	3488
	• Número de atendimentos de urgência e emergência		42959
	• Número de cirurgias	3272	1950
	• Número de exames	1014120	86486
	• Número de partos		4999
Produtividade	• Taxa de ocupação hospitalar	58,60%	80,50%
	• Taxa de ocupação UTI adulto		
	• Taxa de ocupação UTI pediátrica		
	• Taxa de UTI neonatal		
	• Giro de rotatividade		
	• Índice de intervalo de substituição	6,7	1,3
	• Consulta/Consultório/Dia		
	• Cirurgia/Sala		
	• Taxa de doação de órgãos por abordagem	11,3	
	• Média de permanência	9,8	5,4
	• Servidor/leito operacional		
Ensino e Pesquisa	• Número de programas de residência médica	44	5
	• Número de residentes de medicina	218	49
	• Número de outros programas de residência	6	2
	• N° de residentes de outros programas	81	36
	• Número de internos		
	• Número de alunos do centro de ciências da saúde		
	• Número de pesquisas realizadas	239	239
	• Residentes/Leito operacional ou Intensidade de Ensino		
	• Residentes/Médicos ou Dedicção de Ensino		

INDICADORES DE DESEMPENHO

INDICADORES		NORDESTE	
		HU-UFMA	HULW-UFPB
Financeiros	• Índice de Liquidez		
	• Período médio de cobrança		
	• Período médio de pagamento		
	• Margem operacional		
	• Giro do ativo		
	• Retorno sobre o investimento		
	• Retorno sobre patrimônio líquido		
Custos	• Custo médio paciente dia internado		
	• Custo médio do atendimento ambulatorial		
	• Custo médio atendimento Pronto Socorro		
Receita	• Valor médio por AIH		
	• Valor médio por procedimento ambulatorial		
	• Receita SUS ingressada	75.418.450,86	24.412.484,42
Qualidade	• Taxa de Infecção hospitalar		
	• Taxa de mortalidade	2,54%	3,91%
	• Taxa de necropsia		
	• Satisfação do paciente		
	• Número de creditações emitidas		
Produção	• Número de internações	12.757	7.694
	• Número de procedimentos ambulatoriais		
	• Pacientes-dias		
	• Número total de consultas realizadas	189.887	100.856
	• Número de atendimentos ambulatoriais		
	• Número de atendimentos de urgência e emergência		
	• Número de cirurgias	7.300	4.605
	• Número de exames	245174	72020
Produtividade	• Número de partos		
	• Taxa de ocupação hospitalar		
	• Taxa de ocupação UTI adulto		
	• Taxa de ocupação UTI pediátrica		
	• Taxa de UTI neonatal		
	• Giro de rotatividade		
	• Índice de intervalo de substituição		
	• Consulta/Consultório/Dia		
	• Cirurgia/Sala		
	• Taxa de doação de órgãos por abordagem		
	• Média de permanência		
• Servidor/leito operacional			
Ensino e Pesquisa	• Número de programas de residência médica	28	17
	• Número de residentes de medicina	190	171
	• Número de outros programas de residência	9	5
	• N° de residentes de outros programas	133	120
	• Número de internos		
	• Número de alunos do centro de ciências da saúde		
	• Número de pesquisas realizadas	104	108
	• Residentes/Leito operacional ou Intensidade de Ensino		
• Residentes/Médicos ou Dedicção de Ensino			

INDICADORES DE DESEMPENHO

INDICADORES		HC-UFPE	HU-UFPI
Financeiros	• Índice de Liquidez		
	• Período médio de cobrança		
	• Período médio de pagamento		
	• Margem operacional		
	• Giro do ativo		
	• Retorno sobre o investimento		
	• Retorno sobre patrimônio líquido		
Custos	• Custo médio paciente dia internado		
	• Custo médio do atendimento ambulatorial		
	• Custo médio atendimento Pronto Socorro		
Receita	• Valor médio por AIH		
	• Valor médio por procedimento ambulatorial		
	• Receita SUS ingressada	48.547.765,19	38.406.295,35
Qualidade	• Taxa de Infecção hospitalar		
	• Taxa de mortalidade	4,32%	13,55%
	• Taxa de necropsia		
	• Satisfação do paciente		100,00%
	• Número de creditações emitidas		
Produção	• Número de internações	13.283	5.989
	• Número de procedimentos ambulatoriais	110.316	
	• Pacientes-dias		
	• Número total de consultas realizadas	215.214	44.071
	• Número de atendimentos ambulatoriais	67.200	
	• Número de atendimentos de urgência e emergência		
	• Número de cirurgias	16.945	3.917
	• Número de exames	477.384	167833
	• Número de partos	1.476	
Produtividade	• Taxa de ocupação hospitalar	79,50%	
	• Taxa de ocupação UTI adulto		
	• Taxa de ocupação UTI pediátrica		
	• Taxa de UTI neonatal		
	• Giro de rotatividade		
	• Índice de intervalo de substituição		
	• Consulta/Consultório/Dia		
	• Cirurgia/Sala		
	• Taxa de doação de órgãos por abordagem		
	• Média de permanência	11,7	
	• Servidor/leito operacional		
Ensino e Pesquisa	• Número de programas de residência médica	45	23
	• Número de residentes de medicina	233	125
	• Número de outros programas de residência	7	3
	• N° de residentes de outros programas	77	53
	• Número de internos	1.093	
	• Número de alunos do centro de ciências da saúde		
	• Número de pesquisas realizadas	126	104
	• Residentes/Leito operacional ou Intensidade de Ensino		
	• Residentes/Médicos ou Dedicção de Ensino		

INDICADORES DE DESEMPENHO

INDICADORES		HUAB-UFRN	HUOL-UFRN
Financeiros	• Índice de Liquidez		
	• Período médio de cobrança		
	• Período médio de pagamento		
	• Margem operacional		
	• Giro do ativo		
	• Retorno sobre o investimento		
	• Retorno sobre patrimônio líquido		
Custos	• Custo médio paciente dia internado		
	• Custo médio do atendimento ambulatorial		
	• Custo médio atendimento Pronto Socorro		
Receita	• Valor médio por AIH		
	• Valor médio por procedimento ambulatorial		
	• Receita SUS ingressada	2.602.739,88	42.908.508,38
Qualidade	• Taxa de Infecção hospitalar		
	• Taxa de mortalidade	0,22%	6,23%
	• Taxa de necropsia		
	• Satisfação do paciente		
	• Número de creditações emitidas		
Produção	• Número de internações	3.911	7.530
	• Número de procedimentos ambulatoriais		
	• Pacientes-dias		
	• Número total de consultas realizadas	19.200	101.428
	• Número de atendimentos ambulatoriais		
	• Número de atendimentos de urgência e emergência		
	• Número de cirurgias	1.741	4.220
	• Número de exames	46015	296756
	• Número de partos		
Produtividade	• Taxa de ocupação hospitalar		
	• Taxa de ocupação UTI adulto		
	• Taxa de ocupação UTI pediátrica		
	• Taxa de UTI neonatal		
	• Giro de rotatividade		
	• Índice de intervalo de substituição		
	• Consulta/Consultório/Dia		
	• Cirurgia/Sala		
	• Taxa de doação de órgãos por abordagem		
	• Média de permanência		
	• Servidor/leito operacional		
Ensino e Pesquisa	• Número de programas de residência médica	4	26
	• Número de residentes de medicina	34	211
	• Número de outros programas de residência	1	5
	• N° de residentes de outros programas	26	73
	• Número de internos		
	• Número de alunos do centro de ciências da saúde		
	• Número de pesquisas realizadas	28	20
	• Residentes/Leito operacional ou Intensidade de Ensino		
	• Residentes/Médicos ou Dedicção de Ensino		

INDICADORES DE DESEMPENHO

INDICADORES		MEJC-UFRN	HU-UFS
Financeiros	• Índice de Liquidez		
	• Período médio de cobrança		
	• Período médio de pagamento		
	• Margem operacional		
	• Giro do ativo		
	• Retorno sobre o investimento		
	• Retorno sobre patrimônio líquido		
Custos	• Custo médio paciente dia internado		
	• Custo médio do atendimento ambulatorial		
	• Custo médio atendimento Pronto Socorro		
Receita	• Valor médio por AIH		
	• Valor médio por procedimento ambulatorial		
	• Receita SUS ingressada	17.151.504,77	25.807.478,51
Qualidade	• Taxa de Infecção hospitalar		
	• Taxa de mortalidade	67,00%	8,18%
	• Taxa de necropsia		
	• Satisfação do paciente		
	• Número de creditações emitidas		
Produção	• Número de internações	7.931	2.791
	• Número de procedimentos ambulatoriais		
	• Pacientes-dias		
	• Número total de consultas realizadas	32.283	69.809
	• Número de atendimentos ambulatoriais		
	• Número de atendimentos de urgência e emergência		
	• Número de cirurgias	3.912	1.657
	• Número de exames	36646	232676
Produtividade	• Taxa de ocupação hospitalar		
	• Taxa de ocupação UTI adulto		
	• Taxa de ocupação UTI pediátrica		
	• Taxa de UTI neonatal		
	• Giro de rotatividade		
	• Índice de intervalo de substituição		
	• Consulta/Consultório/Dia		
	• Cirurgia/Sala		
	• Taxa de doação de órgãos por abordagem		
	• Média de permanência		
	• Servidor/leito operacional		
Ensino e Pesquisa	• Número de programas de residência médica	3	24
	• Número de residentes de medicina	27	159
	• Número de outros programas de residência	1	8
	• N° de residentes de outros programas	24	152
	• Número de internos		
	• Número de alunos do centro de ciências da saúde		
	• Número de pesquisas realizadas	40	102
	• Residentes/Leito operacional ou Intensidade de Ensino		
• Residentes/Médicos ou Dedicção de Ensino			

INDICADORES DE DESEMPENHO

INDICADORES		HUL-UFS	HU-Univasf
Financeiros	• Índice de Liquidez		
	• Período médio de cobrança		
	• Período médio de pagamento		
	• Margem operacional		
	• Giro do ativo		
	• Retorno sobre o investimento		
	• Retorno sobre patrimônio líquido		
Custos	• Custo médio paciente dia internado		
	• Custo médio do atendimento ambulatorial		
	• Custo médio atendimento Pronto Socorro		
Receita	• Valor médio por AIH		
	• Valor médio por procedimento ambulatorial		
	• Receita SUS ingressada	15.766.424,29	31.758.114,45
Qualidade	• Taxa de Infecção hospitalar		
	• Taxa de mortalidade	11,23%	6,87%
	• Taxa de necropsia		
	• Satisfação do paciente		
	• Número de creditações emitidas		
Produção	• Número de internações	3.083	8.951
	• Número de procedimentos ambulatoriais		111129
	• Pacientes-dias		167
	• Número total de consultas realizadas	35.687	40.560
	• Número de atendimentos ambulatoriais		19783
	• Número de atendimentos de urgência e emergência		33890
	• Número de cirurgias	1.739	6.240
	• Número de exames	28868	281381
	• Número de partos		
Produtividade	• Taxa de ocupação hospitalar		107,40%
	• Taxa de ocupação UTI adulto		
	• Taxa de ocupação UTI pediátrica		
	• Taxa de UTI neonatal		
	• Giro de rotatividade		4,1
	• Índice de intervalo de substituição		-0,5
	• Consulta/Consultório/Dia		
	• Cirurgia/Sala		
	• Taxa de doação de órgãos por abordagem		
	• Média de permanência		6,7
	• Servidor/leito operacional		
Ensino e Pesquisa	• Número de programas de residência médica	2	13
	• Número de residentes de medicina	8	63
	• Número de outros programas de residência	0	2
	• N° de residentes de outros programas	0	18
	• Número de internos		
	• Número de alunos do centro de ciências da saúde		
	• Número de pesquisas realizadas	43	26
	• Residentes/Leito operacional ou Intensidade de Ensino		
	• Residentes/Médicos ou Dedicção de Ensino		

INDICADORES DE DESEMPENHO

INDICADORES		HUMAP-UFMS		HUJM-UFMT	
Financeiros	• Índice de Liquidez				
	• Período médio de cobrança				
	• Período médio de pagamento				
	• Margem operacional				
	• Giro do ativo				
	• Retorno sobre o investimento				
	• Retorno sobre patrimônio líquido				
Custos	• Custo médio paciente dia internado				
	• Custo médio do atendimento ambulatorial				
	• Custo médio atendimento Pronto Socorro				
Receita	• Valor médio por AIH				
	• Valor médio por procedimento ambulatorial				
	• Receita SUS ingressada	45.160.122,60		31.823.659,20	
Qualidade	• Taxa de Infecção hospitalar				
	• Taxa de mortalidade		4,14%		5,62%
	• Taxa de necropsia				
	• Satisfação do paciente		96,26%		
	• Número de creditações emitidas				
Produção	• Número de internações		9.395		2.754
	• Número de procedimentos ambulatoriais				
	• Pacientes-dias				
	• Número total de consultas realizadas		58.754		39.511
	• Número de atendimentos ambulatoriais				
	• Número de atendimentos de urgência e emergência				
	• Número de cirurgias		4.824		1.465
	• Número de exames		331121		280962
	• Número de partos		1199		
Produtividade	• Taxa de ocupação hospitalar				
	• Taxa de ocupação UTI adulto				
	• Taxa de ocupação UTI pediátrica				
	• Taxa de UTI neonatal				
	• Giro de rotatividade				
	• Índice de intervalo de substituição				
	• Consulta/Consultório/Dia				
	• Cirurgia/Sala				
	• Taxa de doação de órgãos por abordagem				
	• Média de permanência				
	• Servidor/leito operacional				
Ensino e Pesquisa	• Número de programas de residência médica		21		17
	• Número de residentes de medicina		145		101
	• Número de outros programas de residência		7		2
	• N° de residentes de outros programas		52		36
	• Número de internos				
	• Número de alunos do centro de ciências da saúde				
	• Número de pesquisas realizadas		50		53
	• Residentes/Leito operacional ou Intensidade de Ensino				
	• Residentes/Médicos ou Dedicção de Ensino				

INDICADORES DE DESEMPENHO

INDICADORES		CONTRO-OESTE	
		HUB-UnB	HU-UFGD
Financeiros	• Índice de Liquidez		
	• Período médio de cobrança		
	• Período médio de pagamento		
	• Margem operacional		
	• Giro do ativo		
	• Retorno sobre o investimento		
	• Retorno sobre patrimônio líquido		
Custos	• Custo médio paciente dia internado		
	• Custo médio do atendimento ambulatorial		
	• Custo médio atendimento Pronto Socorro		
Receita	• Valor médio por AIH		
	• Valor médio por procedimento ambulatorial		
	• Receita SUS ingressada	52.656.047,61	27.333.367,15
Qualidade	• Taxa de Infecção hospitalar		
	• Taxa de mortalidade	3,29%	3,32%
	• Taxa de necropsia		
	• Satisfação do paciente		
	• Número de creditações emitidas		
Produção	• Número de internações	9250	7.506
	• Número de procedimentos ambulatoriais		
	• Pacientes-dias		
	• Número total de consultas realizadas	144389	26.970
	• Número de atendimentos ambulatoriais		
	• Número de atendimentos de urgência e emergência		
	• Número de cirurgias	4363	3.221
	• Número de exames	780943	264939
Produtividade	• Número de partos		
	• Taxa de ocupação hospitalar	57,47%	
	• Taxa de ocupação UTI adulto	81,58%	
	• Taxa de ocupação UTI pediátrica		
	• Taxa de UTI neonatal	80,00%	
	• Giro de rotatividade		
	• Índice de intervalo de substituição		
	• Consulta/Consultório/Dia		
	• Cirurgia/Sala		
	• Taxa de doação de órgãos por abordagem		
	• Média de permanência		
• Servidor/leito operacional			
Ensino e Pesquisa	• Número de programas de residência médica	36	5
	• Número de residentes de medicina	199	37
	• Número de outros programas de residência	3	3
	• N° de residentes de outros programas	50	43
	• Número de internos		
	• Número de alunos do centro de ciências da saúde		
	• Número de pesquisas realizadas	104	32
	• Residentes/Leito operacional ou Intensidade de Ensino		
	• Residentes/Médicos ou Dedicção de Ensino		

INDICADORES DE DESEMPENHO

INDICADORES		HC-UFG	HC-UFMG
Financeiros	• Índice de Liquidez		
	• Período médio de cobrança		
	• Período médio de pagamento		
	• Margem operacional		
	• Giro do ativo		
	• Retorno sobre o investimento		
	• Retorno sobre patrimônio líquido		
Custos	• Custo médio paciente dia internado		
	• Custo médio do atendimento ambulatorial		
	• Custo médio atendimento Pronto Socorro		
Receita	• Valor médio por AIH		
	• Valor médio por procedimento ambulatorial		
	• Receita SUS ingressada	49.755.320,19	125.562.464,64
Qualidade	• Taxa de Infecção hospitalar		
	• Taxa de mortalidade	5,35%	5,00%
	• Taxa de necropsia		
	• Satisfação do paciente	84,00%	
	• Número de creditações emitidas		
Produção	• Número de internações	7.471	17850
	• Número de procedimentos ambulatoriais	749.648	
	• Pacientes-dias		
	• Número total de consultas realizadas	158.171	243004
	• Número de atendimentos ambulatoriais		
	• Número de atendimentos de urgência e emergência		
	• Número de cirurgias	4.053	7459
	• Número de exames	416118	656968
	• Número de partos	463	
Produtividade	• Taxa de ocupação hospitalar		
	• Taxa de ocupação UTI adulto		
	• Taxa de ocupação UTI pediátrica		
	• Taxa de UTI neonatal		
	• Giro de rotatividade		
	• Índice de intervalo de substituição		
	• Consulta/Consultório/Dia		
	• Cirurgia/Sala		
	• Taxa de doação de órgãos por abordagem		
	• Média de permanência		
	• Servidor/leito operacional		
Ensino e Pesquisa	• Número de programas de residência médica	35	68
	• Número de residentes de medicina	231	502
	• Número de outros programas de residência	5	4
	• N° de residentes de outros programas	99	73
	• Número de internos		
	• Número de alunos do centro de ciências da saúde		
	• Número de pesquisas realizadas	51	163
	• Residentes/Leito operacional ou Intensidade de Ensino		
	• Residentes/Médicos ou Dedicção de Ensino		

INDICADORES DE DESEMPENHO

INDICADORES		HC-UFTM	HC-UFU
Financeiros	• Índice de Liquidez		
	• Período médio de cobrança		
	• Período médio de pagamento		
	• Margem operacional		
	• Giro do ativo		
	• Retorno sobre o investimento		
	• Retorno sobre patrimônio líquido		
Custos	• Custo médio paciente dia internado		
	• Custo médio do atendimento ambulatorial		
	• Custo médio atendimento Pronto Socorro		
Receita	• Valor médio por AIH		
	• Valor médio por procedimento ambulatorial		
	• Receita SUS ingressada	59.386.415,72	139.548.866,28
Qualidade	• Taxa de Infecção hospitalar		
	• Taxa de mortalidade	7,07%	3,80%
	• Taxa de necropsia		
	• Satisfação do paciente		
	• Número de creditações emitidas		
Produção	• Número de internações	9.979	20.391
	• Número de procedimentos ambulatoriais		
	• Pacientes-dias		
	• Número total de consultas realizadas	133.947	249.665
	• Número de atendimentos ambulatoriais		
	• Número de atendimentos de urgência e emergência		
	• Número de cirurgias	6.452	17.743
	• Número de exames	165878	436692
	• Número de partos		
Produtividade	• Taxa de ocupação hospitalar		
	• Taxa de ocupação UTI adulto		
	• Taxa de ocupação UTI pediátrica		
	• Taxa de UTI neonatal		
	• Giro de rotatividade		
	• Índice de intervalo de substituição		
	• Consulta/Consultório/Dia		
	• Cirurgia/Sala		
	• Taxa de doação de órgãos por abordagem		
	• Média de permanência		
	• Servidor/leito operacional		
Ensino e Pesquisa	• Número de programas de residência médica	31	43
	• Número de residentes de medicina	201	274
	• Número de outros programas de residência	3	15
	• N° de residentes de outros programas	74	134
	• Número de internos		
	• Número de alunos do centro de ciências da saúde		
	• Número de pesquisas realizadas	98	126
	• Residentes/Leito operacional ou Intensidade de Ensino		
	• Residentes/Médicos ou Dedicção de Ensino		

INDICADORES DE DESEMPENHO

INDICADORES		SUDESTE	
		Huap-UFF	Hucam-UFES
Financeiros	• Índice de Liquidez		
	• Período médio de cobrança		
	• Período médio de pagamento		
	• Margem operacional		
	• Giro do ativo		
	• Retorno sobre o investimento		
	• Retorno sobre patrimônio líquido		
Custos	• Custo médio paciente dia internado		
	• Custo médio do atendimento ambulatorial		
	• Custo médio atendimento Pronto Socorro		
Receita	• Valor médio por AIH		
	• Valor médio por procedimento ambulatorial		
	• Receita SUS ingressada	43.038.407,61	54.182.531,20
Qualidade	• Taxa de Infecção hospitalar		
	• Taxa de mortalidade	9,64%	3,77%
	• Taxa de necropsia		
	• Satisfação do paciente		
	• Número de creditações emitidas		
Produção	• Número de internações	5.109	9.258
	• Número de procedimentos ambulatoriais		
	• Pacientes-dias		
	• Número total de consultas realizadas	67.506	130.339
	• Número de atendimentos ambulatoriais		
	• Número de atendimentos de urgência e emergência		
	• Número de cirurgias	2.467	5.377
	• Número de exames	351923	296082
Produtividade	• Número de partos		
	• Taxa de ocupação hospitalar		
	• Taxa de ocupação UTI adulto		
	• Taxa de ocupação UTI pediátrica		
	• Taxa de UTI neonatal		
	• Giro de rotatividade		
	• Índice de intervalo de substituição		
	• Consulta/Consultório/Dia		
	• Cirurgia/Sala		
	• Taxa de doação de órgãos por abordagem		
	• Média de permanência		
• Servidor/leito operacional			
Ensino e Pesquisa	• Número de programas de residência médica	43	28
	• Número de residentes de medicina	199	144
	• Número de outros programas de residência	4	1
	• N° de residentes de outros programas	42	34
	• Número de internos		
	• Número de alunos do centro de ciências da saúde		
	• Número de pesquisas realizadas	68	88
	• Residentes/Leito operacional ou Intensidade de Ensino		
• Residentes/Médicos ou Dedicção de Ensino			

INDICADORES DE DESEMPENHO

INDICADORES		HUGG-Unirio	HU-UFJF
Financeiros	• Índice de Liquidez		
	• Período médio de cobrança		
	• Período médio de pagamento		
	• Margem operacional		
	• Giro do ativo		
	• Retorno sobre o investimento		
	• Retorno sobre patrimônio líquido		
Custos	• Custo médio paciente dia internado		
	• Custo médio do atendimento ambulatorial		
	• Custo médio atendimento Pronto Socorro		
Receita	• Valor médio por AIH		
	• Valor médio por procedimento ambulatorial		
	• Receita SUS ingressada	40.026.025,21	27.717.506,02
Qualidade	• Taxa de Infecção hospitalar		
	• Taxa de mortalidade	6,24%	4,91%
	• Taxa de necropsia		
	• Satisfação do paciente		
	• Número de creditações emitidas		
Produção	• Número de internações	4.217	3.701
	• Número de procedimentos ambulatoriais		
	• Pacientes-dias		
	• Número total de consultas realizadas	80.335	61.554
	• Número de atendimentos ambulatoriais		
	• Número de atendimentos de urgência e emergência		
	• Número de cirurgias	2.748	2.660
	• Número de exames	82826	153413
	• Número de partos		
Produtividade	• Taxa de ocupação hospitalar		
	• Taxa de ocupação UTI adulto		
	• Taxa de ocupação UTI pediátrica		
	• Taxa de UTI neonatal		
	• Giro de rotatividade		
	• Índice de intervalo de substituição		
	• Consulta/Consultório/Dia		
	• Cirurgia/Sala		
	• Taxa de doação de órgãos por abordagem		
	• Média de permanência		
	• Servidor/leito operacional		
Ensino e Pesquisa	• Número de programas de residência médica	43	28
	• Número de residentes de medicina	161	162
	• Número de outros programas de residência	1	5
	• N° de residentes de outros programas	25	92
	• Número de internos		
	• Número de alunos do centro de ciências da saúde		
	• Número de pesquisas realizadas		37
	• Residentes/Leito operacional ou Intensidade de Ensino		
	• Residentes/Médicos ou Dedicção de Ensino		

INDICADORES DE DESEMPENHO

INDICADORES			
		HU-UFSCar	HE-UFPeI
Financeiros	• Índice de Liquidez		
	• Período médio de cobrança		
	• Período médio de pagamento		
	• Margem operacional		
	• Giro do ativo		
	• Retorno sobre o investimento		
	• Retorno sobre patrimônio líquido		
Custos	• Custo médio paciente dia internado		
	• Custo médio do atendimento ambulatorial		
	• Custo médio atendimento Pronto Socorro		
Receita	• Valor médio por AIH		
	• Valor médio por procedimento ambulatorial		
	• Receita SUS ingressada	9.452.232,00	31.670.464,98
Qualidade	• Taxa de Infecção hospitalar		10,10%
	• Taxa de mortalidade	5,42%	9,50%
	• Taxa de necropsia		
	• Satisfação do paciente		82,50%
	• Número de creditações emitidas		
Produção	• Número de internações	2.473	4.366
	• Número de procedimentos ambulatoriais		
	• Pacientes-dias		120,1
	• Número total de consultas realizadas	18.936	53.710
	• Número de atendimentos ambulatoriais		
	• Número de atendimentos de urgência e emergência		
	• Número de cirurgias		2.157
	• Número de exames	48846	96256
	• Número de partos		1010
Produtividade	• Taxa de ocupação hospitalar		71,80%
	• Taxa de ocupação UTI adulto		
	• Taxa de ocupação UTI pediátrica		
	• Taxa de UTI neonatal		
	• Giro de rotatividade		2,0
	• Índice de intervalo de substituição		4,3
	• Consulta/Consultório/Dia		
	• Cirurgia/Sala		
	• Taxa de doação de órgãos por abordagem		
	• Média de permanência		10,8
	• Servidor/leito operacional		
Ensino e Pesquisa	• Número de programas de residência médica	2	12
	• Número de residentes de medicina	24	98
	• Número de outros programas de residência	0	16
	• N° de residentes de outros programas	0	59
	• Número de internos		
	• Número de alunos do centro de ciências da saúde		
	• Número de pesquisas realizadas	39	45
	• Residentes/Leito operacional ou Intensidade de Ensino		
	• Residentes/Médicos ou Dedicção de Ensino		

INDICADORES DE DESEMPENHO

INDICADORES		SUL	
		HU-UFSC	HUSM-UFSC
Financeiros	• Índice de Liquidez		
	• Período médio de cobrança		
	• Período médio de pagamento		
	• Margem operacional		
	• Giro do ativo		
	• Retorno sobre o investimento		
	• Retorno sobre patrimônio líquido		
Custos	• Custo médio paciente dia internado		
	• Custo médio do atendimento ambulatorial		
	• Custo médio atendimento Pronto Socorro		
Receita	• Valor médio por AIH		
	• Valor médio por procedimento ambulatorial		
	• Receita SUS ingressada	48.374.647,27	76.160.041,29
Qualidade	• Taxa de Infecção hospitalar		
	• Taxa de mortalidade	4,83%	3,61%
	• Taxa de necropsia		
	• Satisfação do paciente		
	• Número de creditações emitidas		
Produção	• Número de internações	10.786	13.885
	• Número de procedimentos ambulatoriais		
	• Pacientes-dias		
	• Número total de consultas realizadas	117.739	172.882
	• Número de atendimentos ambulatoriais		
	• Número de atendimentos de urgência e emergência		
	• Número de cirurgias	5.229	9.277
	• Número de exames	222838	384361
Produtividade	• Taxa de ocupação hospitalar		
	• Taxa de ocupação UTI adulto		
	• Taxa de ocupação UTI pediátrica		
	• Taxa de UTI neonatal		
	• Giro de rotatividade		
	• Índice de intervalo de substituição		
	• Consulta/Consultório/Dia		
	• Cirurgia/Sala		
	• Taxa de doação de órgãos por abordagem		
	• Média de permanência		
	• Servidor/leito operacional		
Ensino e Pesquisa	• Número de programas de residência médica	22	47
	• Número de residentes de medicina	113	161
	• Número de outros programas de residência	3	11
	• N° de residentes de outros programas	93	104
	• Número de internos		
	• Número de alunos do centro de ciências da saúde		
	• Número de pesquisas realizadas	74	50
	• Residentes/Leito operacional ou Intensidade de Ensino		
	• Residentes/Médicos ou Dedicção de Ensino		

INDICADORES DE DESEMPENHO

INDICADORES		CHC-UFPR	HU-Furg
Financeiros	• Índice de Liquidez		
	• Período médio de cobrança		
	• Período médio de pagamento		
	• Margem operacional		
	• Giro do ativo		
	• Retorno sobre o investimento		
	• Retorno sobre patrimônio líquido		
Custos	• Custo médio paciente dia internado		
	• Custo médio do atendimento ambulatorial		
	• Custo médio atendimento Pronto Socorro		
Receita	• Valor médio por AIH		
	• Valor médio por procedimento ambulatorial		
	• Receita SUS ingressada	96.175.352,81	32.066.521,08
Qualidade	• Taxa de Infecção hospitalar		
	• Taxa de mortalidade	5,52%	3,10%
	• Taxa de necropsia		
	• Satisfação do paciente		
	• Número de creditações emitidas		
Produção	• Número de internações	16.410	5.533
	• Número de procedimentos ambulatoriais		
	• Pacientes-dias		
	• Número total de consultas realizadas	238.914	99.627
	• Número de atendimentos ambulatoriais		
	• Número de atendimentos de urgência e emergência		
	• Número de cirurgias	8.006	2.252
	• Número de exames	784.660	155399
	• Número de partos		
Produtividade	• Taxa de ocupação hospitalar		
	• Taxa de ocupação UTI adulto		
	• Taxa de ocupação UTI pediátrica		
	• Taxa de UTI neonatal		
	• Giro de rotatividade		
	• Índice de intervalo de substituição		
	• Consulta/Consultório/Dia		
	• Cirurgia/Sala		
	• Taxa de doação de órgãos por abordagem		
	• Média de permanência		
	• Servidor/leito operacional		
Ensino e Pesquisa	• Número de programas de residência médica	51	10
	• Número de residentes de medicina	377	60
	• Número de outros programas de residência	6	2
	• Nº de residentes de outros programas	115	18
	• Número de internos		
	• Número de alunos do centro de ciências da saúde		
	• Número de pesquisas realizadas	233	34
	• Residentes/Leito operacional ou Intensidade de Ensino		
	• Residentes/Médicos ou Dedicção de Ensino		

APÊNDICE B – INDICADORES DE ESTRUTURA

INDICADORES DE ESTRUTURA

INDICADORES		NORTE		
		HUGV-UFAM	CHU-UFPA	HDT-UFT
Instalações	•Número de leitos operacionais	149	261	53
	•Número de leitos instalados	159	300	55
	•Número de consultórios	48	112	8
	•Número de salas de atendimento de urgência	2	1	1
	•Número de salas cirúrgicas	10	6	1
Recursos Humanos	•Número de docentes			
	•Número de servidores técnicos administrativos	433	864	261
	•Horas de treinamento/funcionário/ano			
	•Taxa de absenteísmo			
	•Índice de rotatividade	5,14%	5,18%	3,29%

INDICADORES DE ESTRUTURA

INDICADORES		HUPAA-UFAL	HUPES-UFBA	MCO-UFBA
Instalações	•Número de leitos operacionais	200	287	80
	•Número de leitos instalados	203	287	80
	•Número de consultórios	82	180	23
	•Número de salas de atendimento de urgência	2	3	1
	•Número de salas cirúrgicas	6	15	3
Recursos Humanos	•Número de docentes			
	•Número de servidores técnicos administrativos	809	1547	604
	•Horas de treinamento/funcionário/ano		20	
	•Taxa de absenteísmo		23,02%	
	•Índice de rotatividade	0,87%	2,25%	2,20%

INDICADORES DE ESTRUTURA

INDICADORES		INDICADORES		
		HUAC-UFCG	HUJB-UFCG	HUWC-UFC
Instalações	•Número de leitos operacionais	160	46	249
	•Número de leitos instalados	177	46	255
	•Número de consultórios	86	6	146
	•Número de salas de atendimento de urgência	1	1	0
	•Número de salas cirúrgicas	7	2	10
Recursos Humanos	•Número de docentes			
	•Número de servidores técnicos administrativos	459	299	1055
	•Horas de treinamento/funcionário/ano	587		13,8
	•Taxa de absenteísmo	3,92%		
	•Índice de rotatividade	3,51%	6,93%	2,49%

INDICADORES DE ESTRUTURA

INDICADORES		NORDESTE			
		MEAC-UFC	HU-UFMA	HULW-UFPB	HC-UFPE
Instalações	•Número de leitos operacionais	211	454	185	418
	•Número de leitos instalados	254	474	212	407
	•Número de consultórios	44	128	126	158
	•Número de salas de atendimento de urgência	4	2	2	2
	•Número de salas cirúrgicas	15	27	16	18
Recursos Humanos	•Número de docentes				
	•Número de servidores técnicos administrativos	902	2066	1196	1021
	•Horas de treinamento/funcionário/ano				
	•Taxa de absenteísmo				
	•Índice de rotatividade	1,30%	4,63%	0,92%	1,84%

INDICADORES DE ESTRUTURA

INDICADORES				
		HU-UFPI	HUAB-UFRN	HUOL-UFRN
Instalações	•Número de leitos operacionais	190	51	247
	•Número de leitos instalados	201	56	261
	•Número de consultórios	53	7	121
	•Número de salas de atendimento de urgência	3	2	1
	•Número de salas cirúrgicas	15	3	14
Recursos Humanos	•Número de docentes			
	•Número de servidores técnicos administrativos	1241	385	1243
	•Horas de treinamento/funcionário/ano			
	•Taxa de absenteísmo			
	•Índice de rotatividade	2,19%	3,06%	1,28%

INDICADORES DE ESTRUTURA

INDICADORES					
		MEJC-UFRN	HU-UFS	HUL-UFS	HU-Univasf
Instalações	•Número de leitos operacionais	127	147	130	135
	•Número de leitos instalados	128	152	130	148
	•Número de consultórios	23	15	5	22
	•Número de salas de atendimento de urgência	5	2	1	1
	•Número de salas cirúrgicas	9	7	4	3
Recursos Humanos	•Número de docentes				
	•Número de servidores técnicos administrativos	584	1171	656	701
	•Horas de treinamento/funcionário/ano				
	•Taxa de absenteísmo				
	•Índice de rotatividade	1,66%	1,10%	3,28%	2,30%

INDICADORES DE ESTRUTURA

INDICADORES		CONTRO-OESTE		
		HUMAP-UFMS	HUJM-UFMT	HUB-UnB
Instalações	•Número de leitos operacionais	232	118	236
	•Número de leitos instalados	236	121	251
	•Número de consultórios	88	61	165
	•Número de salas de atendimento de urgência	2	1	1
	•Número de salas cirúrgicas	9	6	13
Recursos Humanos	•Número de docentes			
	•Número de servidores técnicos administrativos	952	457	1451
	•Horas de treinamento/funcionário/ano			
	•Taxa de absenteísmo			
	•Índice de rotatividade	2,40%	2,97%	3,61%

INDICADORES DE ESTRUTURA

INDICADORES					
		HU-UFMG	HC-UFMG	HC-UFMG	HC-UFMG
Instalações	•Número de leitos operacionais	187	239	504	284
	•Número de leitos instalados	190	246	537	302
	•Número de consultórios	23	210	288	180
	•Número de salas de atendimento de urgência	1	1	4	1
	•Número de salas cirúrgicas	7	18	35	7
Recursos Humanos	•Número de docentes				
	•Número de servidores técnicos administrativos	706	621	1758	1087
	•Horas de treinamento/funcionário/ano				
	•Taxa de absenteísmo				
	•Índice de rotatividade	3,22%	4,97%	2,71%	4,82%

INDICADORES DE ESTRUTURA

INDICADORES		SUDESTE		
		HC-UFU	Huap-UFF	Hucam-UFES
Instalações	•Número de leitos operacionais	510	280	273
	•Número de leitos instalados	524	282	277
	•Número de consultórios	187	60	129
	•Número de salas de atendimento de urgência	21	1	7
	•Número de salas cirúrgicas	27	16	13
Recursos Humanos	•Número de docentes			
	•Número de servidores técnicos administrativos		484	1022
	•Horas de treinamento/funcionário/ano			
	•Taxa de absenteísmo			
	•Índice de rotatividade		6,56%	0,88%

INDICADORES DE ESTRUTURA

INDICADORES		HUGG-Unirio	HU-UFJF	HU-UFSCar
Instalações	•Número de leitos operacionais	223	143	75
	•Número de leitos instalados	231	159	75
	•Número de consultórios	118	59	15
	•Número de salas de atendimento de urgência	2	5	2
	•Número de salas cirúrgicas	10	11	5
Recursos Humanos	•Número de docentes			
	•Número de servidores técnicos administrativos	530	1033	329
	•Horas de treinamento/funcionário/ano			5
	•Taxa de absenteísmo			
	•Índice de rotatividade	4,23%	1,35%	4,33%

INDICADORES DE ESTRUTURA

INDICADORES		SUL			
		HE-UFPeI	HU-UFSC	HUSM-UFMS	CHC-UFPR
Instalações	•Número de leitos operacionais	173	263	390	711
	•Número de leitos instalados	179	274	403	711
	•Número de consultórios	109	61	58	170
	•Número de salas de atendimento de urgência	2	9	9	5
	•Número de salas cirúrgicas	7	13	13	17
Recursos Humanos	•Número de docentes				
	•Número de servidores técnicos administrativos	878	569	891	1724
	•Horas de treinamento/funcionário/ano				
	•Taxa de absenteísmo				
	•Índice de rotatividade	3,50%	4,27%	2,39%	5,96%

INDICADORES DE ESTRUTURA

INDICADORES		HU-Furg
Instalações	•Número de leitos operacionais	200
	•Número de leitos instalados	206
	•Número de consultórios	52
	•Número de salas de atendimento de urgência	10
	•Número de salas cirúrgicas	8
Recursos Humanos	•Número de docentes	
	•Número de servidores técnicos administrativos	713
	•Horas de treinamento/funcionário/ano	
	•Taxa de absenteísmo	
	•Índice de rotatividade	5,71%